

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma nº 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E  
DIABETE MELLITUS DA UBS LENNY PASSOS RAMOS, COARI/AM

**NIURKA PÉREZ MOJENA**

**Pelotas, 2016**

NIURKA PÉREZ MOJENA

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E  
DIABETE MELLITUS DA UBS LENNY PASSOS RAMOS, COARI/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Cristina Dutra Ribeiro.

Pelotas, 2016

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

M715m Mojena, Niurka Pérez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e Diabetes Mellitus da UBS Lenny Passos Ramos, Coari/AM / Niurka Pérez Mojena; Cristina Dutra Ribeiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

105 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Ribeiro, Cristina Dutra, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

*“Vale milhões de vezes mais a vida de um único ser humano do que todas as propriedades do homem mais rico da terra.”*

*Che Guevara.*

## Dedicatória

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, pois sem ele não seria possível; aos meus familiares, em especial a minha filha e minha mãe pelo esforço, dedicação e compreensão em todos os momentos desta e de outras caminhadas.

Aos meus amigos, pelos momentos de aprendizagem constante e pela amizade solidificada ao longo deste trabalho.

Dedico também com grande carinho a tradição de luta social do povo de Coari; e a relação de amizade, dos povos de Cuba e Brasil.

## **Agradecimentos**

À Deus, em primeiro lugar, pela vida, graça, proteção e amor.

Às professoras Cristina Dutra Ribeiro e Maria Fernanda Espindola por suas orientações, confiança, carinho, dedicação, apoio incondicional, paciência e conhecimentos.

Aos usuários da UBS Lenny Passos Ramos que contribuíram para a realização de esta importante conquista.

Um especial reconhecimento e agradecimento para a Universidade Federal de Pelotas por me dar uma nova oportunidade de aprendizagem e superação profissional.

A minha equipe de saúde maravilhosa que sem eles não poderia ter feito esse trabalho.

## Lista de Figuras

Figura 1	Reunião semanal da equipe de saúde.	67
Figura 2	Atendimento médico.	67
Figura 3	Atividade de educação em saúde na sala de espera.	67
Figura 4	Visita domiciliar	68
Figura 6	Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Lenny Passos Ramos, Coari/AM.	70
Figura 7	Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde UBS Lenny Passos Ramos, Coari/AM.	70
Figura 8	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo UBS Lenny Passos Ramos, Coari/AM.	73
Figura 9	Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Lenny Passos Ramos, Coari/AM.	74
Figura 10	Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa na UBS Lenny Passos Ramos, Coari/AM.	77

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
CAP	Cadernos de Ações Programáticas
CAPS.	Centro de Apoio Psicossocial
CEO.	Centro de Especialidades Odontológicas
CLS	Conselho Local de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS.	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPV	Vírus do Papiloma Humano
MS.	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médico do Brasil
RN	Recém-nascido
SAMU	Sistema de Atenção Médica de Urgência
SMS.	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TANU	Triagem Auditiva Neonatal Universal
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visitas Domiciliares



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	28
2 Análise Estratégica .....	30
2.1 Justificativa.....	30
2.2 Objetivos e metas.....	32
2.2.1 Objetivo geral.....	32
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	32
2.3 Metodologia.....	34
2.3.1 Detalhamento das ações .....	34
2.3.2 Indicadores .....	54
2.3.3 Logística.....	61
2.3.4 Cronograma.....	65
3 Relatório da Intervenção.....	67
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	67
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	69
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	70
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	70
4 Avaliação da intervenção.....	73
4.1 Resultados .....	73
4.2 Discussão.....	86
5 Relatório da intervenção para gestores .....	90
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	93
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	96
Referências .....	97
Apêndices.....	98
Anexos .....	100

## Resumo

PÉREZ, Mojena Niurka. **Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes mellitus da UBS Lenny Passos Ramos, Coari/AM**. 2016. 106f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam dois dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares que constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. A intervenção teve como objetivo “Melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e diabetes da UBS Lenny Passos Ramos, Coari/AM”. Foi desenvolvido no período de 12 semanas e as ações foram organizadas nos quatro eixos pedagógicos do curso: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Foram cadastrados 287 (87,3%) pessoas com hipertensão e 103 (60.2%) com diabetes, desses 286 (99,7%) hipertensos e 102 (99%) diabéticos estavam com exames complementares em dia e 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram exame clínico apropriado, prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, registros atualizados, estratificação do risco cardiovascular por exame clínico, receberam orientação nutricional, em relação a prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal, os faltosos às consultas tiveram busca ativa. Diante desses resultados destacamos que a equipe está mais capacitada, unida, envolvida, motivada, sensibilizada e entusiasta com a intervenção, temos mais vínculo com a comunidade e a sua vez melhoramos a atenção com mais qualidade dos usuários.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão; diabetes; doenças cardiovasculares.

## **Apresentação**

O presente trabalho de conclusão de curso em Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNASUS)/ Universidade Federal de Pelotas (UFPel), é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. A intervenção desenvolvida no decorrer da Turma 9 foi realizada na UBS Lenny Passos Ramos no município de Coari estado do Amazonas.

A intervenção, que deu origem a este trabalho, visou melhorar a atenção em saúde dos usuários que possuíam HAS e DM. Este trabalho é o relato do processo, sendo composto pelo Relatório de Análise Situacional da UBS Lenny Passos Ramos. Na segunda seção será descrita a Análise Estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma do projeto de intervenção. A terceira seção traz o relatório da intervenção; na quarta seção será descrita a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados, a discussão. Na quinta seção o relatório aos gestores, na sexta o relatório para a comunidade. E na última seção aborda a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, temos a bibliografia usada no trabalho, apêndice e os anexos.

## **1      Análise Situacional**

### **1.1    Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde eu trabalho Lenny Passos Ramos está localizada na Rua Cauã número 96, no bairro Itamaraty, município Coari, estado Amazonas consta estruturalmente de sala de espera onde se faz o acolhimento aos usuários, recepção, consultório médico, consultório de enfermeiro, consultório de odontologia, sala de curativo, farmácia, sala de vacina, para teste de malária, para reunião, de triagem, cozinha e dois banheiros.

A UBS Lenny Passos Ramos é urbana, está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a uma Instituição de Ensino Superior Pública e o modelo de atenção é Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta constituída por uma equipe de saúde, composto por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma odontologista, uma auxiliar em saúde bucal e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que neste momento não contamos com todos, porque demitiram três, estamos em espera do contrato de novos ACS.

Atendemos uma população de aproximadamente 3.134 usuários, 33 gestantes, 24 menores de um ano, 12 menores de seis meses, deles 10 com aleitamento materno exclusivo, sete menores de quatro meses com 100 % com aleitamento materno exclusivo, 107 hipertensos, 37 diabéticos, 903 mulheres em idade fértil com as quais estamos trabalhando em planejamento familiar já que existem mulheres com múltipla gravidez, gestação na adolescência e mulheres maiores de 35 anos, etc.

Fazemos promoção e prevenção de saúde através de palestras e outras atividades coletivas e individuais; priorizamos programas como pré-natal, hipertensos e diabéticos e outras doenças crônicas, puericultura, planejamento familiar, saúde da mulher, saúde do idoso entre outras; realizamos Visitas

Domiciliares (VD) duas vezes por semanas onde priorizamos pacientes acamados, gestantes, puérperas, pacientes com doenças crônicas, menores de dois anos, usuários que precisam de atendimento e não podem ir à unidade de saúde, etc.

Toda as sextas-feiras realizamos a reunião da equipe onde analisamos os cumprimentos e os não cumprimentos das atividades e tarefas da semana assim como planejamos das atividades da próxima semana.

Nossa escala de atendimento profissional é a seguinte:

<b>Escala de atendimento médico</b>					
Horário	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	-Puericultura -Consulta demanda espontânea	-Pré-natal -Consulta demanda espontânea	Visita domiciliar	-Hiperdia -Consulta demanda espontânea	-Consulta demanda espontânea
Tarde	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta

<b>Escala de atendimento de enfermagem</b>					
Horário	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	- Inscrição pré-natal	-Visita domiciliar	-Coleta de PCCU	-Hiperdia - CD	-Visita domiciliar
Tarde	- Consulta	- Coleta de PCCU	-Consulta de Pré-natal	-Planejamento familiar	- Consulta -Atividades extras

Entre os principais problemas que temos neste momento é a insuficiência de medicamentos gratuitos para os pacientes e a falta de realização de exames de laboratórios.

O município conta com uma policlínica onde encaminhamos os usuários que precisamos que sejam avaliados por algum especialista como ginecologista obstetra, cirurgião, ortopedista, nutricionista, psicólogo, psiquiatra, cardiologista, e alguns outros, algumas vezes têm que encaminhar para Manaus para consulta de referência ou realização do algum exame, além disso, temos um hospital onde encaminhamos os usuários que apresentam necessidades de urgências que não

podemos resolver na UBS ou que precisamos de sua internação para melhor avaliação, estudo e tratamento.

Ainda temos muito trabalho por fazer, mas acredito que através deste curso de especialização vamos melhorar e qualificar todos os programas de saúde e ofereceremos uma atenção básica com muita qualidade.

Eu estou muito feliz pela grata e inolvidável experiência de trabalhar nesta comunidade junto a excelentes profissionais e por estar cursando esta importante especialização que me ajuda a crescer profissionalmente e por contar com o assessoramento de uma excelente professora.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

A elaboração da Análise da Situação de Saúde em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) com seus representantes em cada esfera de trabalho e a população constituem o elemento fundamental para a planificação estratégica nesse nível e estabelece as prioridades, pois dispõe dos recursos locais em função deles (BRASIL, 2013).

Coari é um município brasileiro do interior do estado do Amazonas, região Norte do país, a uma distância de 362.84 km de Manaus, capital do Estado, com uma população de 82.209 habitantes sendo que a maioria desta população está localizada na zona urbana a minoria zona rural.

No último censo demográfico do Brasil, em 2010 registrou um total de 194 milhões de habitantes, a composição por sexo é de 96 homens para cada grupo de 100 mulheres, há um equilíbrio quantitativo; no município de Coari tem uma população até o ano de 2010 de 75.965 habitantes, 52% são homens e 48% são mulheres; até 2014 a população é de 89.209 habitantes. Pelo que observamos em todo Brasil existem mais mulheres que homes e no município de Coari estes indicadores estão expostos contrariamente.

O município tem um total de 14 UBS, 13 urbanas e uma rural, todas com Estratégia de Saúde da Família (ESF); contamos com três equipes de Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) que estão vinculadas as 14 UBS, não contamos com Centro de Especialização Odontológica (CEO), está em projeto; temos disponibilidade de atenção especializada na Policlínica como Ortopedista, Neurologista, Ginecologista, Obstetrícia, Cardiologista, Cirurgiã Geral,

Otorrinolaringologista, Pediatria, Endocrinologista, reumatologia entre outros; se presta serviço de ultrassonografia e eletrocardiograma. Também contamos com disponibilidade de serviço hospitalar com um Hospital Geral que dá atendimento a Medicina, Pediatria e Obstetrícia. Contamos com um laboratório central com disponibilidade de exames complementares e outro no hospital que também presta o serviço, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). No hospital presta serviço de atendimento de Raios-X. Há alguns meses não contávamos com estas especialidades e nem com o laboratório Central que não estava funcionando, mas graças aos esforços dos gestores municipais temos agora temos estes serviços.

A UBS Lenny Passos Ramos é urbana, está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a uma Instituição de Ensino Superior Pública, o modelo de atenção é a ESF. Esta constituída por uma equipe de saúde, composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma odontologa, uma auxiliar em saúde bucal e seis agentes de saúde. Outros profissionais em atividade nesta UBS são uma vacinadora, quatro agentes de segurança, sete auxiliares administrativos, recepcionistas, dois auxiliares de farmácia, quatro auxiliares de serviço gerais. Também consta com a equipe de apoio da saúde, NASF, que está composto por uma fisioterapeuta, uma nutricionista e uma educadora física. Pelo que observamos melhoramos quanto aos recursos humanos o que facilita muito o trabalho. Oferecemos dois turnos de atendimento à população de segunda a sexta, de 08h às 12h pela manhã e de 14h a 18h pela tarde.

A UBS esta composta por uma sala de espera que é confortável e agradável tem televisão, adequada luminosidade, temperatura, acomodam-se até 15 pessoas; uma sala para os ACS que também é utilizada para sala de reuniões e são aproveitados para atividades educativas coletivas, dois consultórios que são compartilhados entre todos os integrantes da equipe, uma sala de curativo e procedimento onde também se faz nebulização (agora o nebulizador está danificado); um consultório odontológico; uma sala de vacinas que não está situada de forma que evite o trânsito dos usuários nas demais dependências, mas neste momento está sendo modificada pelo que é uma solução quase resolve desta deficiência; uma farmácia; não temos sala de esterilização nem sanitário para funcionários, tem um sanitário para usuários, uma copa cozinha, uma sala específica para coleta de material para análise clínica.

Ademais o prédio é adequado para usuários com deficiências permanentes ou transitórias, pois não existem tapetes na sala de espera, consultórios ou em alguma outra dependência do prédio não existem degraus, existem rampas, as calçadas do prédio permitem o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes e idosos, mas não existem corrimãos nas rampas e corredores para auxiliar o acesso dos usuários com mobilidade reduzida, a porta do sanitário permite o acesso e tem espaço suficiente para manobras de aproximação de usuários de cadeiras de rodas, existem cadeiras de rodas a disposição de pacientes com esta necessidade. Superando as barreiras arquitetônicas conseguiremos intervir os padrões de produção saúde-doença.

Acredito que as necessidades e limitações observadas na UBS não só dependem de nosso trabalho, mas também da gestão do governo, eu espero que sejam resolvidas assim como foi na sala de vacina. Nós fazemos um atendimento adequado e nosso trabalho está encaminhado a melhorar o estado de saúde da população brasileira, nossa equipe trabalha muito motivada e em reunião de equipe falamos sobre atribuição, ações e atividades inerentes a cada profissional, é muito importante conhecer tudo o que podemos fazer para não limitar as potencialidades dos profissionais e melhorar os indicadores em saúde.

Em quanto à participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe nenhum dos profissionais participou quando se fez pela primeira vez porque era uma equipe diferente, mas atualmente todos os integrantes da equipe de saúde participam na atualização do cadastramento das famílias e dos indivíduos de forma sistemática identificando grupos, famílias e indivíduos com problemas de saúde e expostos a riscos e vulnerabilidades.

Realizamos o cuidado em saúde da população da área de abrangência no domicílio fazendo VD, participando delas o médico, enfermeiras, técnico em enfermagem, ACS, fisioterapeuta, educadora física e nutricionista dependendo da necessidade detectada no usuário; na escola fazendo palestras de promoção para a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, das violências, etc., aplicação de vacinas.

Em nossa UBS não se realizam pequenas cirurgias por falta de material e instrumentos; realizamos só alguns atendimentos de urgência por ausência de equipamentos, medicamentos e materiais, isto repercute na UBS, nos usuários e no trabalho desenvolvido; a inexistência de nebulizador e material de sutura que são



equipamentos e instrumentos importantes para a realização de ações de resolutividade e de impacto nas UBS traz como consequência que tenhamos que encaminhar os usuários para hospital obstaculizando o trabalho e provocando insatisfação na população. Os gestores municipais nos informaram que dentro de uns meses já contaremos com esses materiais, instrumentos e nebulizador.

Nós todos participamos da busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e /ou programas, gestantes, hipertensos, diabéticos, etc. Realizamos cuidado domiciliar, existindo levantamento dos usuários moradores da área da abrangência que necessitam destes cuidados; as atividades que fazemos em nos domicílios são curativos, educação e cuidado em saúde, acompanhamento de problemas de saúde como doenças crônicas terminais, oncologias, apoiando os doentes e a família, verificação da pressão arterial, consulta médica, de enfermagem, entrega de medicamentos através de familiares e também de equipes, aplicação medicação oral e injetável, vacinação, fisioterapia, coletas de exames, troca de “bolsas” de paciente ostomizado, colocar /trocar sondas, revisão puerperal e do recém-nascido.

Encaminhamos usuários se necessário, a outros níveis do sistema, respeitando fluxos de referência e contra referência e utilizando protocolos de atendimento nas especialidades, internação hospitalar e atendimento em pronto socorro. Temos problemas com o retorno destes usuários, pois os profissionais não fazem indicações de contra referência por escrito, isto prejudica o trabalho e aos usuários, pois a maioria dos usuários e familiares não conhecem os estudos, diagnósticos nem terapêutica aplicadas pelos profissionais, de igual modo fazemos o acompanhamento de nosso usuário quando retorna em quanto ao plano terapêutico proposto.

Acompanhamos os usuários em situações de internação hospitalar, e domiciliar, realizamos notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis, assim como sua busca ativa, incluindo toda a equipe. Todos os profissionais fazem atividades de grupos como: orientação aos adolescentes, aleitamento materno, combate ao tabagismo, diabético, hipertensos, idosos, planejamento familiar, pré-natal, prevenção de câncer ginecológico, puericultura, saúde da mulher e saúde bucal. Participamos de atividades de qualificação profissional de atenção de saúde, envolvendo a todos os profissionais (multiprofissionais), com temas de atualização técnica onde participam médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de

enfermagem, ACS e estudantes como: diagnóstico e manejo em atenção primária de pessoas com Hanseníases, com Vírus do Papiloma Humano (HPV) positivo e prevenção com vacina desta doença em adolescente, uso e abuso de benzodiazepínicos, busca ativa de doenças de agravo e declaração compulsória dengue e malária, etc. Todas as sextas-feiras são realizadas reunião da equipe, onde elaboramos a construção da agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de casos, qualificação clínica, planejamento das ações, monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde.

Estamos trabalhando em conjunto com os gestores municipais de saúde para complementar com as premissas da atenção básica que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
< 1	23	22	45
1 a 4	73	80	153
5 a 14	361	334	695
15 a 19	131	133	264
20 a 39	482	462	944
40 a 49	184	201	385
50 a 59	146	150	296
> 60	72	74	146

Tabela 2. Habitantes na área adstrita. Fonte. Cadastro dos ACS.

A população total da área de abrangência da nossa UBS é de 3.134 pessoas, adequado à PNAB, do Ministério de Saúde 2012, e a Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, que recomenda que cada equipe de ESF deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade, quanto maior o grau de vulnerabilidade socioeconômica menor a quantidade de pessoas.

Em nossa ESF respeito à organização do atendimento a demanda espontânea, o acolhimento é realizado em toda a UBS, não contamos com sala

específica de acolhimento, todos os profissionais o realizam, então todos formamos a equipe de acolhimento. São realizados todos os dias, em todos os turnos e a todo o momento que está aberta a UBS, sempre estamos preparados para acolher (receber e escutar) o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos

A modelagem do acolhimento é dado pela equipe diariamente, em todos os turnos de atendimento, todos os usuários são escutados. Os profissionais que estão na “linha de frente” do acolhimento são a recepcionista, a técnica em enfermagem ou a enfermeira, atuando de forma solidaria entre nós e com os usuários. O médico sempre está na retaguarda para atender os casos agudos que se apresentem e também atender os usuários agendados. Atendemos toda a demanda aguda que chega a nossa UBS independentemente que corresponda algum programa pela escala de atendimento, nós todos os dias nos dois horários temos demanda espontânea.

A equipe de saúde conhece e utiliza avaliação e classificação do risco biológico e de vulnerabilidade para definir o encaminhamento da demanda do usuário com problemas de saúde agudos e precisam ser atendidos no dia podem consultar com a médica, a enfermeira, a técnica de enfermagem, o dentista, todos oferecem atendimento e não existe excesso de demanda.

A dentista oferece atendimento imediato prioritário para usuários com necessidades, não há excesso de demanda, não temos atendimento odontológico especializado nem serviço de prótese dentária, mas já em nosso município se começou a oferecer estes atendimentos o que quer dizer que dentro de pouco tempo poderemos encaminhar nossos usuários também.

Sempre temos que ter em conta que várias destas demandas tem muita importância em nosso empenho de diminuir os indicadores de saúde, como são aquelas pessoas que pela primeira vez assistem a nossa consulta para fazer Planejamento Familiar e por algum problema não realizarem antes, assim evitamos gestação não desejada e/ou com risco, também temos casos de crianças que assistem por problemas agudos e nunca haviam assistido a consulta de puericultura estando expostos a doenças que se podem prevenir o adolescente que deseja obter preservativos para evitar uma Doença de Transmissão Sexual ou gravidez, ou usuários que estejam com febre. São muitas as prevenções que poderemos fazer com o atendimento da demanda espontânea, temos que encaminhar-nos a dar

resolutividade a quase todos os problemas apresentados e assim melhorar e diminuir a morbimortalidade do Brasil. A equipe de saúde está realizando ações em conjunto, mais ainda falta comprometimento de alguns dos integrantes, realizamos visitas domiciliares as famílias em áreas de riscos, doentes acamados, grávidas que não comparecem a consultas e de riscos, puérperas, recém-nascidos, etc. No entanto, estamos capacitando os ACS que lhe faltava habilidade para identificar as verdadeiras prioridades do atendimento, por isso em nossos encontros estamos abordando essas questões para acrescentar o conhecimento deles, e deste jeito melhorar a atuação da equipe em bem da população. Além disso, precisamos de integração de todos os profissionais.

Em relação à atenção a saúde da criança é muito importante para garantir um correto desenvolvimento e crescimento das crianças com a detecção precoce de doença assim como os fatores de risco que tem cada uma delas, é um medidor essencial do desenvolvimento da saúde de um país pelo qual considero de muita importância; temos um total de 45 (68%), crianças menores de um ano atualmente cadastradas e acompanhadas na UBS de um estimado de 66 crianças menores de um ano residentes na área, 41 consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (MS) representando 91%,

A respeito dos indicadores de qualidade da Puericultura (também chamada Pediatria Preventiva, acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança de zero á setenta e dois meses) esta é feita duas vezes por semana, onde após a consulta a criança sai com a próxima consulta programada agendada, atendemos problemas de saúde agudos de usuários de nossa área de cobertura e fora de área às vezes também, não existe excesso de demanda, toda a equipe participa das ações desenvolvidas. Os atendimentos de puericultura são registrados em prontuário clínico, formulário especial de puericultura, ficha-espelho de vacinas; existe um arquivo específico de puericultura, revisado periodicamente (semanalmente), para verificar crianças faltosas, completude de registros, procedimentos em atraso (peso, vacinas), crianças de risco. Toda a equipe pode revisar o arquivo. Na primeira semana de vida da criança, garantimos VD do ACS, ou outro integrante da equipe de saúde aos binômios puérpera e recém-nascido (RN) no contexto da família, para orientação sobre o cuidado de ambos, e agenda-se a primeira consulta na UBS, antes de sete dias, garantindo mais tempo do profissional com a família, consultas para ambos (puérpera e RN),fazemos o exame

físico completo, rastreamento para displasia evolutiva do quadril, examinamos os testículos para descartar criptorquidea, aferição da pressão arterial, já tivemos um lactente com fratura de clavícula no parto, controlamos ele com boa evolução, promovemos o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, estimulamos a presença do pai, orientamos a realizar imunizações, encaminhamos para a realização do teste do pezinho, verificamos da Caderneta de Saúde da Criança, identificamos os riscos e vulnerabilidades ao nascer e da avaliação da saúde puerperal, orientamos aos pais, a respeito do banho, cuidados do coto umbilical, posição supina para dormir e sua relação de proteção contra a morte súbita do lactente, orientações para reconhecer o choro, prevenção de acidentes, de anemia carência de ferro (sulfato ferroso profilático dos seis meses até os 18-24 meses de vida), promoção de hábitos alimentares saudáveis, da saúde mental. Em todas as VD é fundamental que o profissional de saúde saiba identificar os sinais de perigo, risco e vulnerabilidade à saúde da criança, também sinais de depressão materna pós-parto (constatou-se um maior risco de desmame nos primeiros dois meses de vida das crianças quando as mães se apresentam deprimidas) e auxiliar as mulheres no preparo para receber os bebês.

Depois até a criança completa dois anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança, com um olhar biopsicossocial, enfocando a criança/família. São fundamentais a utilização e o adequado preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança sempre, em todos os atendimentos, conversamos com os pais sobre as dicas de alimentação saudável e explicamos o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento. O mesmo acontece com a vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor, encaminhamos a vacinas.

Uma deficiência que temos em nosso município é que não se realiza Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) ou “teste da orelhinha”, sendo de grande importância, com sua realização, maiores serão as possibilidades de diagnóstico e intervenção adequados e, com isso, menores serão também as sequelas decorrentes da privação auditiva, neste aspecto precisamos melhorar, espero que com os novos gestores de saúde se resolva a dificuldade. Mas com o sentido de detectar alterações auditivas, orientamos as mães para acompanhar o marco do desenvolvimento de seus filhos até os 12 meses de vida, de acordo com a Caderneta de Saúde da Criança.

O MS recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na primeira semana, ao mês, dois, quatro, seis, nove e doze meses), além de duas consultas no segundo ano de vida (no 18º e no 24º mês) e a partir dos dois anos de vida consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Seguimos este protocolo do MS 2012, para encaminhamento e atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto atendimento.

Realizamos atividades com grupos das mães das crianças da puericultura, participando toda a equipe de saúde. Uma estratégia seguida por nossa unidade de saúde é que toda a criança que vem para nós já doente enfatizamos para a mãe da importância das puericulturas.

Avalio a puericultura realizada em nossa unidade como de boa qualidade, e refletindo os índices a melhorar, que deveram ser analisados pela equipe e certamente conseguiremos melhorar a saúde de nossas crianças. Sendo cientes que os objetivos da puericultura, são a redução da morbimortalidade infantil e a potencialização do desenvolvimento da criança.

Temos 100% de cobertura pré-natal, realizamos controle a todas as grávidas de nossa área de abrangência. Fazemos pré-natal quatro vezes por semana, o profissional médico na segunda pela tarde e na terça pela manhã e enfermeiro segunda pela manhã e quarta pela tarde. Avalio a cobertura de pré-natal de boa. O atendimento é realizado pelo médico e enfermeiro; após a consulta de pré-natal, a gestante sai com a próxima consulta programada agendada; fazemos atendimento de demanda de problemas de saúde agudos, participando nele toda a equipe, não existe excesso de demanda. Cumprimos o protocolo de atendimento de Pré-natal do Ministério da Saúde, 2013.

O início precoce do pré-natal é essencial, quando a realizamos o primeiro monitoramento, tínhamos 26 gestantes (84%) em nossa ESF, só faz um pouco mais de um mês e já temos 29 usuárias (93%), do estimado que é de 31, o que quer dizer que estamos melhorando neste aspecto. Quando a usuária consulta por atraso menstrual, solicitamos o Beta-HCG sérico, e se positivo já agendamos a consulta no pré-natal e solicitamos as análises do primeiro trimestre, ainda temos que melhorar em quanto ao início do pré-natal antes as 12 semanas de gestação. As consultas são mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo, se a gestante é de risco o espaço entre as consultas é de menos tempo. Quando o parto não ocorre até a 41 semana encaminhamos a gestante à consulta

com especialista que é realizada no hospital. As ações desenvolvidas para o cuidado da gestante na UBS são: atendimento de problemas agudos, saúde mental, controle de cânceres de colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, de atividade física, saúde bucal. Sempre avaliamos e classificamos o risco gestacional.

A atenção em planejamento familiar contribui para a redução de morbimortalidade materna e infantil, certamente, pois orienta para planejamento da gravidez, e permite a avaliação pré-concepcional contribuindo para mudar, diminuir ou controlar o risco gestacional.

Solicitamos na primeira consulta os exames laboratoriais preconizados, este é outro aspecto que melhoramos muito, todas as grávidas não os tinham feito (90%) pela dificuldade que existia em nosso município, mas agora já temos 100% destas com exames realizados, ao igual indicamos a prescrição de sulfato ferroso conforme protocolo, também existe um déficit destes medicamentos o que devemos melhorar, mas todas elas compram, assim que 100% das gestantes os consomem, realizamos o exame ginecológico por trimestre em 60% delas, e em relação a saúde bucal 50% tiveram avaliação de necessidade de atendimento odontológico sendo que deveremos melhorar estes indicadores.

Utilizamos protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do SUS, encaminhamos com formulários de referência para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto-atendimento. Registramos os atendimentos das gestantes em prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico e nutricional, ficha espelhos das vacinas. Existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos das gestantes, as fichas espelho, que é revisado semanalmente e cada vez que se precise, para verificar completude de registros, gestantes faltosas, com pré-natal de risco, data provável de parto, avaliar a qualidade do programa; toda a equipe se necessitar consulta as fichas.

Em cada consulta, sempre solicitamos a carteira/cartão de pré-natal, preenchemo-lo com as informações atuais das gestantes; conversamos sobre as dicas de alimentação saudável, as técnicas e importância do aleitamento materno, os cuidados com o RN, explicamos a importância e significado da curva de ganho de peso, curva de pressão arterial, padrão contrátil, anticoncepções no pós-parto encaminhamos para atualização das vacinas e a avaliação de saúde bucal.

Existe na UBS o Programa SISPRENATAL do MS, os responsáveis pelo cadastramento das gestantes são: médica, enfermeira, técnico/auxiliar de enfermagem; na prática é o enfermeiro quem faz e é responsável pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Temos atividades educativas com as gestantes e puérperas, dois grupos, no âmbito da UBS toda a equipe participa, conversamos temas variados, apresentados pelas gestantes e puérperas como de interesse.

Para complementar elucidar as famílias sobre a responsabilidade de ter um bebê e que a mortalidade infantil existe e os cuidados durante o primeiro ano de vida são essenciais para que não ocorram acidentes no lar.

Todos os profissionais dedicam-se ao planejamento, gestão e coordenação do Programa de Pré-natal.

A cobertura de consulta de puerpério é de 100%, avaliando nossa atenção como de boa qualidade, realizamos revisão puerperal aos sete dias procurando constatar complicações hemorrágicas e/ou infecciosas, e aos 30-42 dias informando e recomendando métodos anticoncepcionais. Melhorando todos os aspectos negativos que temos melhoraremos a qualidade de atendimento ao pré-natal em nossa UBS.

Entre as ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica, destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama. Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2008, ocorreram 1.384.155 casos novos de câncer da mama em todo o mundo, o que torna o tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Nesse mesmo ano, foram registrados cerca de 530 mil casos novos de câncer do colo do útero (WHO, 2008). No Brasil, para o ano de 2012, são estimados 52.680 casos novos de câncer de mama feminino e 17.540 casos novos de câncer do colo do útero (INCA, 2012).

Nós realizamos ações para o controle de peso corporal e que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, assim como para reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama.

Temos um total de 148 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama de um estimado de 154 mulheres (96%); com mamografia em dia 15 representando apenas 10,1%, eu acho que avaliação do risco de câncer de mama é negativo porque só faz mais ou menos um mês que contamos com mamógrafo em nosso município, anteriormente só



indicávamos as usuárias com sinais e sintomas relacionados ao câncer da mama que eram encaminhadas para Manaus, agora toda a equipe está trabalhando em base ao melhoramento deste programa; 133 (89.8%) com mamografia com mais de 3 meses em atraso, e 100% com orientação sobre prevenção do câncer de mama. Fazemos rastreamento de câncer de mama (exame clínico de mama e/ou solicitação de mamografia) do tipo oportunístico e organizado, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária diariamente e em todos os turnos. Solicitamos exame complementar à mamografia, como ultrassonografia, quando o laudo assim o indicar. Utilizamos o protocolo de controle de câncer de mama produzido por o ministério de saúde no ano 2013.

Os profissionais de saúde investigam os fatores de risco para o câncer de mama em todas as mulheres que realizam exame clínico e solicitação da mamografia, realizando orientações sobre a forma que o exame é feito, bem como a sua importância para fortalecer a aderência da usuária à sua realização. Não temos mulheres identificadas com mamografia alterada, os atendimentos às mulheres que realizam mamografia são registrados no arquivo específico para registro dos resultados das mamografias que recentemente começou a funcionar, que é revisado quinquenalmente por enfermeiro, médica, técnica de enfermagem e ACS.

Os profissionais de saúde de nossa UBS orientam a todas as mulheres da área da cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais, sobre os malefícios do tabagismo e ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer de colo uterino que se realiza a traves da coleta de exame citológico duas vezes por semana, o tipo de rastreamento é oportunístico e organizado.

Temos um total de 588 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero de um estimado de 664 mulheres (88,5%) delas com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia 383 (65,1%), com mais de seis meses de atraso 185 (31,4%), com exame citopatológico alterado duas (0.34%), e 100 % com orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e sobre DSTs. Em nossa UBS existe protocolo de prevenção do câncer do colo uterino do ano 2013 produzido pelo Ministério de Saúde, e os atendimentos às mulheres que realizam a coleta de exame citopatológico são registrados no livro do registro e prontuários clínicos, existe um arquivo específico para o registro dos resultados que está atualizado há um ano, é

revisado semanalmente pelo enfermeiro, médica, técnica de enfermagem e ACS, com o objetivo de verificar mulheres com exame em atraso, completude de registro e avaliar a qualidade do programa têm duas mulheres identificadas com exame citológico alterado que recebem atendimento intersetorial e são acompanhadas por especialistas.

Realizamos atividades com grupos de mulheres na UBS onde participam toda a equipe de saúde.

O enfermeiro, médica, técnica de enfermagem e ACS se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo uterino, realizando reuniões semanalmente.

O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente dessa forma é possível combater essas doenças e diminuir a mortalidade por elas.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas existem vários fatores que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional (BRASIL, 2013).

Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade. Quando são diagnosticadas precocemente, estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas das resultantes.

Em nossa unidade são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, de estímulo à prática regular da atividade física, para o controle do peso corporal, que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo para os portadores de HAS e/ou DM da área de cobertura.

Na escala de atendimento temos consultas de Hiperdia pela médica quinta pela manhã e para o enfermeiro sexta pela tarde, mas realizamos atendimento todos os dias da semana em todos os turnos porque quando estes pacientes faltam por algum motivo o dia que tem agendado assistem qualquer outro dia e são atendidos.

Temos atendimento para adultos com problemas de saúde agudos devido a HAS e/ou DM.

Em nossa UBS existe protocolo de atendimento para pacientes portadores de HAS e/ou DM produzido pelo MS e são utilizados para encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e pronto-socorro.

Temos atrasos no atendimento odontológico já que existia déficit de material e fazia algum tempo que não se realizavam consultas em nossa UBS, atualmente já contamos com materiais odontológicos e já estão fazendo atendimentos sendo que melhoraremos esses índices. Também não contamos com medicamentos suficientes para estas doenças em nossa unidade, ainda os usuários recebem os medicamentos deficientes na farmácia popular que é de fácil acesso para eles, mas já estão entrando com mais frequência e quantidade pelo que espero que este problema seja resolvido completamente dentro de pouco tempo, pois os gestores municipais estão trabalhando neste aspecto.

Contamos com um arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS e/ou DM que é revisado com uma frequência mensal com a finalidade de verificar os faltosos ao retorno programado, completude de registros e avaliar a qualidade do programa. Em nossa UBS realizamos atividades com grupos de adultos com HAS e/ou DM.

Entre os diabéticos e hipertensos existe um alto percentual de obesos, sobrepesos e sedentários, já contamos com o apoio de uma nutricionista que é muito importante para melhorar a qualidade de atendimento especializado para essa demanda de educação para uma alimentação saudável de nossa população diabética e hipertensa e contribuir assim a melhorar sua qualidade de vida e complementar nosso trabalho como equipe de saúde.

Também contamos com mais ou menos dois meses com a incorporação de uma professora de educação física e temos grupos de adultos maiores com alto risco, com doenças como diabetes e hipertensão arterial assim como em outras doenças crônicas não transmissíveis como, por exemplo: obesidade contribuindo a melhorar a qualidade de vida e atendimento de essas doenças.

É importante orientar as pessoas sobre a responsabilidade que tem o cuidado de sua saúde, praticar exercício físico, ter um estilo de vida mais saudável assim como cumprir corretamente seus tratamentos médicos, fornecemos

conhecimentos individual e coletivo para o aprendizado do usuário e sua família para o êxito final de nossos objetivos como equipe de saúde.

Trocar estilos de vida não é tarefa de um dia é tarefa de anos, mas há que continuar trabalhando diariamente para conseguir isso, o controle de peso e a realização de atividade física são premissas para cumprir em comunidades e bairros como estratégia de saúde para elucidar um melhor diagnóstico, tratamento e seguimento de ambas doenças crônicas que são as responsáveis de um importante número de mortes em os países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, além de ter um alto custo econômico para os sistemas de saúde em no mundo todo.

Considero que a estimativa do número de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais e residentes na área não é adequada a sua realidade porque só temos 189 (33,9%) usuários cadastrados de um estimado de 556 hipertensos, de acordo com os dados do Caderno de Ações Programáticas (CAP). Eu acredito que em nossa UBS ainda há um número de pessoas que não são diagnosticadas porque não comparecem a unidade por não apresentar sintomas por enquanto é muito importante o trabalho de pesquisa nas áreas de abrangência de nossas comunidades, toda a equipe está trabalhando no rastreamento destas doenças, os agentes comunitários estão visitando e medindo a pressão arterial a todos as pessoas de 18 anos ou mais, também na UBS se mede a todos os pacientes desta faixa etária e assim se contribui a uma mudança no conhecimento de dados, mas certos da morbidade dessas doenças.

A avaliação que eu faço da cobertura da atenção às pessoas com HAS encontrada é boa, pois é de um 100%. Nos poucos indicadores de qualidade temos dificuldades no atraso na consulta programada mais de sete dias com 8 (1,4%), hipertensos com exames complementares periódicos em dia 85,1%, e com avaliação de saúde bucal em dia é de 35,4%, o resto de indicadores estão a 100%.

Temos um total de 55 (34,5%) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS de um estimado de 159 diabéticos, de acordo com o CAP, pelo que considero que a estimativa do número de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área não é adequada a sua realidade, também estamos trabalhando no rastreamento desta doença, onde toda a equipe está envolvida.

Nos poucos indicadores da qualidade da atenção às pessoas com diabetes avaliados temos dificuldades no atraso na consulta com mais de sete dias com o

1,8% para um total de três pessoas, com exames complementares periódicos em dia um 94% e com avaliação de saúde bucal em dia 48%, o resto de indicadores estão a 100%.

Acredito que ainda existem muitas dificuldades que temos que erradicar, na unidade, mas devemos continuar trabalhando para proporcionar as mudanças necessárias, com o apoio dos gestores de saúde da área de atuação e do município para erradicar estas dificuldades que podem atentar contra a qualidade de vida de nossos usuários, embora faltasse muito por fazer acho que já estamos no caminho correto e com o esforço e a união de todos os profissionais do setor podemos alcançar nosso objetivo.

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. Dentro desse grupo, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, sendo hoje mais de 12% da população idosa.

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos. Em nossa UBS temos cadastrados uma população de 146 (77,2%) pessoas idosas de um estimado de 189, com 100% acompanhados pela nossa equipe de saúde, deles 122 (83,5 %) hipertensos e 44 (30,1%) diabéticos.

As pessoas idosas em nossa unidade podem agendar as consultas que são feitas dois dias por semana, tendo o controle das DCNT, hipertensão e diabetes em sua maioria, também fazem consultas por problemas osteomioarticulares, realizamos todas as semanas visitas domiciliares a pacientes idosos acamados que não podem assistir ao UBS. Após a consulta, o idoso sai da UBS com a próxima consulta programada agendada, realizamos demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos todos os dias, não temos excesso de demanda. Existe protocolo de atendimento para idosos em nossa UBS, produzido pelo Ministério de Saúde, sendo este utilizado por toda a equipe de saúde.

Realizamos ações de imunizações, promoção de atividade física, hábitos alimentares saudáveis, da saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Os idosos devem aprender como levar sua doença o melhor possível.

Não existia um arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos até a semana anterior, mas já começamos sua realização e estamos preenchendo o mesmo, sendo, este arquivo muito importante para verificar idosos faltosos ao retorno programado, identificar idosos de risco, etc. Outra dificuldade é que não temos Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que é muito importante para identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde, representa um importante instrumento de fortalecimento da atenção básica, em quanto a esta dificuldade já elevamos á secretaria de saúde sobre a necessidade desta caderneta para cada um de nossos idosos e estamos em espera de resposta.

A avaliação funcional busca verificar, de forma sistematizada, em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho, de forma autônoma e independente, das atividades cotidianas ou atividades de vida diária (AVD) das pessoas idosas permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado (BRASIL, 2013).

Avaliamos a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico, explicamos ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e Depressão, realizamos atividades com grupos de idoso na UBS participando todos os profissionais da equipe.

Estamos trabalhando para a inclusão da família do idoso nas comunidades, pois este grupo etário fica como vulnerável frente a sociedade, devemos aproveitar os espaços comunitários para seu desenvolvimento psicológico e social, eles tem que sentirem-se úteis e ativos. Devemos pensar que há que começar a fazer educação nas pessoas desde idades cedo para aprender como enfrentar a terceira idade de forma mais sadia para uma melhor qualidade de vida. É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades mais

avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa.

Terminamos afirmando que o envelhecimento da população brasileira é uma conquista que resulta em demandas trazidas pela parcela idosa, no âmbito do SUS. Daí, a enorme importância da comunidade participando nas UBS, interagindo com os trabalhadores da saúde, para juntos continuar melhorando o SUS.

Depois de estudar, analisar, o trabalho na UBS, conhecer as ações prioritárias do MS, concluo que temos muito para fazer, mas temos uma equipe com engajamento com o SUS e protocolos do MS muito bem elaborados que deveriam aprimorar sua aplicação em nossas comunidades. A população defende seu direito à saúde. As dificuldades certamente serão superadas, dialogando, planejando, conversando com a equipe, fazemos reunião semanalmente, devemos estabelecer metas, discutir condutas a aplicar nos usuários. Refletindo serão superadas essas dificuldades e outras que certamente apareceram.

Neste momento já contamos com 100% dos ACS, conversaremos e planejaremos o trabalho comunitário, identificando, idosos, acamados, deficientes, gestantes faltosas, puérperas e RN e assim, programaremos as visitas domiciliares que são necessárias, e completaremos a atenção das ações prioritárias.

Para superar as barreiras arquitetônicas e intervir nos padrões de produção saúde-doença devemos refletir junto com SMS, Conselho Local de Saúde (CLS) e usuários baseando-nos nas descobertas; ampliando o controle social e a defesa do direito do cidadão a deslocar-se livremente, direito básico que todos deveriam lutar por ele. Na SMS, os gestores apoiam, mas só todos juntos conseguiremos melhorar a qualidade da saúde da comunidade.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Finalizando a análise situacional de minha UBS podemos fazer um comentário comparativo entre a tarefa feita na segunda semana de ambientação, em resposta à pergunta: "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço"?

Entre um trabalho e outro aparece o resultado do estudo baseado nas orientações do Curso de Especialização em Saúde da Família e a realidade de

nossa ESF. Começamos a aprofundar os conhecimentos simples, colhidos no primeiro trabalho, que tem grande importância, pois foi o início da caminhada do aprendizado.

Já no Relatório da Análise Situacional, estudando os materiais de apoio oferecidos pela UNA-SUS UFPEL, seguindo as excelentes e acertadas orientações da orientadora e preenchendo os questionários começamos a descobrir a realidade de nossa UBS, em todos os âmbitos.

Seguindo o roteiro de estudo-trabalho descobriu-se a complexidade do SUS, suas realidades, suas dificuldades enumeradas no primeiro trabalho e aprimoradas no último, no roteiro ressaltamos os incômodos do início e as possíveis soluções para melhorar a saúde dos usuários.

O estudo da UBS em várias tarefas culminou com uma apresentação detalhada, minuciosa da UBS passando-nos a conhecer a realidade da unidade o que nos ajuda a entender, trabalhar e proporcionar melhorias a comunidade. As barreiras arquitetônicas nem mencionadas, ignoradas no início aparecem logo como parte fundamental para que os usuários com limitações físicas possam transitar e ter acesso as UBS.

As atribuições dos profissionais ao início nem mencionada logo é refletida minuciosamente e com grande importância para a equipe. O acolhimento humanizado dado pela equipe foi analisado, conhecemos vários modos de acolher e assim brindar o acesso á saúde universal, integral e com equidade.

O engajamento da equipe, da comunidade e dos gestores com o SUS, é refletido na tarefa e no relatório.

A importância de registrar em arquivos específicos as diferentes ações foi deficiência detectada em nossa equipe, sendo impossível analisar indicadores de cobertura nem de qualidades das ações programática.

Também nos foram apresentados os protocolos do MS em ações prioritárias que alguns já eram aplicados parcialmente em nossas comunidades, no primeiro trabalho o relata das ações são superficiais entanto no relatório são refletidas si aplicamos o não o protocolo até o processamento destes registros, dificuldades e formas de superá-las. O estudo da demanda da atenção, o excesso ou demanda reprimida é estudado em todo momento. Na tarefa inicial não foi percebida. Concluo neste momento, que a comparação apresenta o avanço de conhecimentos que serão aplicados para melhorar a saúde de nossas comunidades.



## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas existem vários fatores que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade. Quando são diagnosticadas precocemente, estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes e as perdas das resultantes (BRASIL, 2013).

A UBS Lenny Passos Ramos é urbana, está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a uma Instituição de Ensino Superior Pública e o modelo de atenção é a ESF. Temos uma população de 3.134 habitantes. Esta constituída por uma equipe de saúde, composto por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma odontologista, uma auxiliar em saúde bucal e seis agentes de saúde. Também consta com a equipe de apoio da saúde que está composto por uma fisioterapeuta, uma nutricionista e uma educadora física.

A UBS esta composta por uma sala de espera; uma sala para os ACS que também é utilizada para sala de reuniões e é aproveitada para atividades educativas coletivas, dois consultórios, uma sala de curativo e procedimento; um consultório odontológico; uma sala de vacinas; uma farmácia, um sanitário para usuários, uma copa cozinha, uma sala especifica para coleta de material para análise clínica. No atendimento aos hipertensos e diabéticos podemos dizer que temos atrasos no

atendimento odontológico já que existia déficit de material e faz um tempo não se realizavam consultas em nossa UBS, já contamos com materiais odontológicos e se estão fazendo atendimentos pelo que melhoraremos esse índice.

Também não contamos com medicamentos suficientes para estas doenças em nossa unidade, ainda os usuários recebem os medicamentos deficientes na farmácia popular que é de fácil acesso para eles, mas já estão entrando com mais frequência e quantidade pelo que espero que este problema seja resultado completamente dentro de pouco tempo, pois os gestores municipais estão trabalhando neste aspecto.

A população total da área de abrangência da nossa UBS é de 3.134 pessoas; temos uma população maior de 20 anos de 1.771, com 189 usuários hipertensos cadastrados de uma estimativa de 556, representado apenas por 34%, em relação aos diabéticos temos apenas 55 cadastrados, o que representa 34,5% da estimativa que é de 159, segundo os dados do CAP.

Assim, consideramos que uma das coisas que precisamos melhorar é a pesquisa ativa de casos novos rastreando a população acima de 20 anos. Na escala de atendimento temos consultas clínicas nas quintas-feiras pela manhã e sexta-feira pela tarde, mas realizamos atendimento todos os dias da semana em todos os turnos porque quando estes usuários faltam por algum motivo o dia que tem agendado, e comparecem em qualquer outro dia são atendidos, além disso, atendemos também problemas de saúde agudos devido a HAS e/ou DM. Fornecemos orientações de hábitos alimentares saudáveis, para o controle do peso corporal, que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo, estas atividades são realizadas através de palestras na sala de espera, atividades de grupos, visitas domiciliares, na consulta, prática regular da atividade física (que se realizam três vezes por semana com a educadora física).

Vejo esta intervenção muito importante pela necessidade de ampliar a cobertura de pessoas hipertensas e diabéticas, fornecerem o aprimoramento das ações de saúde, através das informações sobre os hábitos alimentares e o estilo de vida dos hipertensos, de modo a favorecer ações mais pontuais a partir da compreensão do autocuidado dos hipertensos e assim melhorar a qualidade de vida destes usuários evitando complicações, realizando a estratificação do risco e modificando o modo e estilo de vida. Verifico o envolvimento e entusiasmo de toda a equipe, o que precisamos que continue assim durante toda a intervenção. Existem

dificuldades como áreas descobertas sem ACS, medicamentos em quantidades insuficientes, demora na realização dos exames complementares sendo que os resultados são avaliados tardiamente, atrasos no atendimento odontológico. As maiores dificuldades serão encontradas na busca ativa e o não acompanhamento dos faltosos. Essa intervenção é possível nesse momento, pois apenas com medidas de organização do processo de trabalho proporcionaremos melhorias no atendimento, onde a equipe está engajada e com a ajuda e colaboração de todos teremos sucesso nas ações desenvolvidas.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes da UBS Lenny Passos Ramos, Coari/AM.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1. Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 55% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

OBJETIVO 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

OBJETIVO 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

OBJETIVO 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

OBJETIVO 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Lenny Passos Ramos, no Município de Coari, estado Amazonas, que tem como objetivo a melhoria da atenção aos Usuários Hipertensos e Diabéticos acompanhados na UBS. Com a participação na intervenção de 1771 pessoas maiores de 20 anos. O estimado pelo CAP é de possuímos na área 556 pessoas com hipertensão e 159 com diabetes já a Planilha de Coleta de Dados (PCD) estima 477 hipertensos e 118 diabéticos. Dessa forma, vamos optar usar os dados estimados pela PCD que será um dos instrumentos utilizados na nossa intervenção.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1. Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 55% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

### **Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento: Semanalmente, verificando nos prontuários e ficha espelho de forma periódica e sistemática, analisando se todos os estimados estão cadastrados. Ficando esta ação sob a coordenação da enfermeira, sendo desenvolvida pelos ACS.

### **Organização e gestão do serviço**

Ação: Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados no Programa.

Detalhamento: Para o qual serão revisados os prontuários e atualizados os cadastros de estes usuários, realizando todo isto desde o início e durante toda a intervenção. Ficando esta ação sob a coordenação da enfermeira.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

Detalhamento: Com a participação e capacitação de toda a equipe esta ação será garantida, ficando esta ação sob a coordenação da enfermeira.

Ação: Garantir material adequado, antes do início da intervenção, para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na UBS junto a gestores municipais.

Detalhamento: Esta ação ficará sob a responsabilidade do enfermeiro e médica da UBS.

### **Engajamento público**

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos.

Detalhamento: Realizando estes pelos profissionais de saúde diariamente nas VD, em sala de espera da UBS, nas atividades educativas coletivas, sendo estas

realizadas mensalmente. Esta ação ficará sob a responsabilidade do enfermeiro e médico da UBS.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Será realizado mensalmente em visita domiciliar, na UBS e outros espaços, através de atividades educativas coletivas. Esta ação ficará sob a responsabilidade do ACS, enfermeiro e médico da UBS.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Será realizado na visita domiciliar, na UBS e outros espaços, sendo as atividades educativas coletivas realizadas mensalmente. Esta ação ficará sob a responsabilidade do ACS, enfermeiro e médico da UBS.

### **Qualificação da prática clínica**

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Detalhamento: Será desenvolvida no início da intervenção e mensalmente nas reuniões de equipe. Os atores responsáveis por estas ações serão o enfermeiro e médico e se realizará na sala dos ACS.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Esta ação será desenvolvida no início da intervenção e mensalmente nas reuniões. Os responsáveis por esta ação serão o enfermeiro e médico e se realizará na sala dos ACS.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Será realizada no início da intervenção e mensalmente nas aulas. Serão os responsáveis desta ação o enfermeiro e médico e se realizará na sala dos ACS.

### **OBJETIVO 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos**

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

### **Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão.

Detalhamento: Será realizado desde a primeira semana e durante toda a intervenção nas consultas planejadas e visitas domiciliares, ficando esta ação sob a coordenação de médico e enfermeiro.

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com diabetes.

Detalhamento: Será realizado nas consultas e visitas domiciliares desde a primeira semana e durante toda a intervenção, esta ação ficará sob a coordenação de médico e enfermeiro.

### **Organização e gestão dos serviços**

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Será realizado desde há primeira semana, ficará a ação sob a responsabilidade da médica e enfermeiro.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento: Os protocolos estarão impressos em sua versão atualizada sendo organizada desde há primeira semana e no decorrer da intervenção. Ficar a ação sob a responsabilidade da médica e enfermeiro.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Isto deve ocorrer desde a primeira semana, sendo responsável a médica, enfermeiro, técnica de enfermagem e equipe de odontologia.

Ação: Dispor de versão atualizada dos protocolos de HAS e DM impressa na UBS desde a primeira semana.

Detalhamento: Será providenciado o material antes do início da intervenção, junto ao gestor municipal, sendo o responsável pela ação a médica e enfermeira.

### **Engajamento público**



Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes.

Detalhamento: Será feito por meio de palestra, atividades de grupos mensalmente, atendimentos clínicos, procedimentos, VD, e em outros espaços público, ficando esta ação sobre a responsabilidade da médica e enfermeira e desenvolvida por toda equipe de saúde.

### **Qualificação da prática clínica**

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, para HAS e DM.

Detalhamento: Será realizado quinquenalmente aulas na sala dos ACS, utilizando os cadernos de ação básica do MS, e estas ações ficarão sob a responsabilidade da médica e enfermeiro.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

### **Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento: Será realizado desde a primeira semana e durante toda a intervenção nas consultas planejadas e visitas domiciliares, ficando esta ação sob a coordenação de médico e enfermeiro.

### **Organização e gestão dos serviços**

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Detalhamento: Será realizado desde a primeira semana, sendo as atribuições definidas na reunião de acordo com todos os integrantes da equipe multiprofissional. Ficar a ação sob a responsabilidade da médica e enfermeiro.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento: Estarão impressos em sua versão atualizada sendo organizada desde há primeira semana e no decorrer da intervenção. Ficará a ação sob a responsabilidade da médica e enfermeiro.

Ação: Providenciar junto a gestão, antes do início da intervenção o monofilamento 10g para exame dos pés.

Detalhamento: Será realizado antes da intervenção e ficará a ação sob a responsabilidade da médica e enfermeiro.

Ação: Organizar a agendada junto à equipe unidade, para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será realizado desde há primeira semana e durante toda a intervenção. Ficará a ação sob a responsabilidade da médica e enfermeiro e ACS.

Ação: Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento: Será realizado desde há primeira semana e durante toda a intervenção. Ficará a ação sob a responsabilidade da médica e enfermeiro.

#### Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Será realizada por meio de palestra, atividades de grupos mensalmente, atendimentos de médica e enfermeira feito em consultas e visitas domiciliar e outros espaços público, ficando esta ação sobre a responsabilidade de toda equipe de saúde.

#### **Qualificação da prática clínica**

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés, utilizando os cadernos de atenção básica do MS.

Detalhamento: Vão ser realizadas quinzenalmente nas aulas na sala dos ACS, estas ações ficarão sob a responsabilidade da médica e enfermeiro.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

### **Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Detalhamento: Será revisado o prontuário e ficha espelho, sendo esta ação realizada semanalmente, ficando sob a coordenação de médico enfermeiro e ACS.

### **Organização e gestão dos serviços**

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares desde há primeira semana.

Detalhamento: Seguiremos as orientações de solicitação de exames conforme os cadernos de atenção básica do MS. Providenciando junto ao gestor a garantia de realização destes exames. Ficará a ação sob a responsabilidade da médica e enfermeiro.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Será feito desde a primeira semana, expondo ao mesmo sobre a importância da realização de exames complementares para este grupo em especial. Ficará a ação sob a responsabilidade da médica e enfermeiro.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: A equipe será alertada sobre a importância dos exames complementares, levando o conhecimento destes a toda a equipe da unidade. Ficará a ação sob a responsabilidade da médica e enfermeiro.

### **Engajamento público**

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Será realizado por meio de palestra, atividades de grupos mensalmente, atendimentos de médica e enfermeira feito em consultas e visitas domiciliares e outros espaços públicos, ficando esta ação sobre a responsabilidade de toda equipe de saúde.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Será por meio de palestra, atividades de grupos mensalmente, atendimentos de médica e enfermeiro feito em consultas e visita domiciliar e outros espaços públicos, ficando esta ação sobre a responsabilidade de toda equipe de saúde.

### **Qualificação da prática clínica**

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo de HAS e DM adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Serão realizados quinquenalmente aulas na sala dos ACS, estas ações ficarão sob a responsabilidade da médica e enfermeiro.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

### **Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Será realizado semanalmente, verificando estes nas fichas espelhos e junto aos usuários e técnico da farmácia, sobre o acesso e a dispensação dos medicamentos a estes. Esta ação ficará sob a responsabilidade do médico e enfermeiro.

### **Organização e gestão dos serviços**

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Será verificando mensalmente junto ao técnico da farmácia, a avaliação, quantidade e qualidade do estoque da unidade. Esta ação ficará sob a responsabilidade do médico e enfermeiro.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados na UBS.

Detalhamento: Será verificado nas fichas espelhos, fazendo uma análise mensal dos medicamentos utilizados, sendo responsável técnico de farmácia e de

enfermagem e demais integrante da equipe. Esta ação ficará sob a responsabilidade do médico e enfermeiro.

### **Engajamento público**

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: As alternativas para obter este acesso por meio de palestra, atividades de grupos mensalmente, atendimentos de médica e enfermeiro feito em consultas e visita domiciliar e outros espaços públicos, ficando esta ação sobre a responsabilidade de toda equipe de saúde.

### **Qualificação da prática clínica**

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Serão realizadas quinquenalmente aulas na sala dos ACS, estas ações ficarão sob a responsabilidade da médica e enfermeiro.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Serão realizadas quinquenalmente aulas na sala dos ACS, estas ações ficarão sob a responsabilidade da médica, enfermeiro e técnica de enfermagem.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

### **Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será realizado semanalmente, sendo os responsáveis a equipe odontológica e ACS.

### **Organização e gestão dos serviços**

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com diabetes e hipertensão.

Detalhamento: Será realizado semanalmente e estas ações ficarão sob a responsabilidade de equipe de odontologia, recepcionista e ACS.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica das pessoas com diabetes e hipertensão provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será realizado semanalmente e estas ações ficarão sob a responsabilidade de equipe de odontologia, recepcionista e ACS.

### **Engajamento público**

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento: Será realizada por meio de palestra, atividades de grupos mensalmente, atendimentos de médica e enfermeira feito em consultas e visitas domiciliares e outros espaços públicos, ficando esta ação sobre a responsabilidade de toda equipe de saúde.

### **Qualificação da prática clínica**

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Serão realizadas quinquenalmente aulas na sala dos ACS, estas ações ficarão sob a responsabilidade da equipe de odontologia.

OBJETIVO 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

### **Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Iremos revisar semanalmente quantos usuários estão com atendimento em dia, verificando estes nos prontuários e ficha espelho, analisando os registros realizados. Ficando esta ação sob a responsabilizada da enfermeira, sendo desenvolvida pelos ACS.

### **Organização e gestão dos serviços**

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos.

Detalhamento: Esta ação será realizada diariamente durante toda a intervenção, sendo analisados nas fichas espelhos os faltosos, repassando estas informações para os ACS, que serão os encarregados de realizarem a busca ativa dos faltosos. Ficará esta ação sob a responsabilidade do enfermeiro e médica.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Isto se realizará diariamente durante toda a intervenção; ficará esta ação sob a responsabilidade de ACS, enfermeiro, médica e recepcionistas.

### **Engajamento público**

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Será realizado por meio de palestras, em visitas domiciliares, consultas médicas, atividades de grupo; se realizará mensalmente. Sendo responsável a enfermeira da unidade e desenvolvida por toda a equipe de saúde.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Será realizado desde a primeira semana e durante toda a intervenção. Sendo responsável a enfermeira da unidade e desenvolvida por toda a equipe de saúde.

Ação: Esclarecer as pessoas com hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Será realizado por meio de palestras, em visitas domiciliares, consultas médicas, atividades de grupo, isto será realizado mensalmente. Sendo responsável o enfermeiro, médica.

**Qualificação da prática clínica**

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Será discutida semanalmente os resultados de seu trabalho, a responsabilidade pelo o cumprimento será a enfermeira da unidade. A qual seguirá os cadernos de atenção básica do MS, para desenvolver a capacitação.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

**Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento: Verificando sistematicamente estes nas fichas espelhos e na agenda dos hipertensos. Ficando responsáveis desta ação a médica e enfermeiro da unidade de serviço.

**Organização e gestão dos serviços**

Ação: Manter as informações do SIAB/e-SUS de pessoas com hipertensão e diabetes atualizadas.

Detalhamento: Será organizado na primeira semana da intervenção, mantendo-se no decorrer desta, semanalmente se todas as informações estão de acordo com o estabelecido nas orientações e preconizado pelo MS.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes desde há primeira semana e durante toda a intervenção, sendo esta solicitada e providenciada junto ao gestor municipal antes do início da intervenção, ficando em arquivo próprio e a disposição de toda a equipe da unidade. Ficando sobre a responsabilidade desta ação a médica e enfermeiro.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações de pessoas com hipertensão e diabetes.



Detalhamento: Desde a primeira semana da intervenção, garantindo que estes estejam sempre atualizadas em cada consulta, procedimento e/ou atividade desenvolvida. Ficando sobre a responsabilidade desta ação a médica e o enfermeiro.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Na primeira semana da intervenção, será discutido junto à equipe, sobre a responsabilidade de cada um nos registros a serem realizados em cada atividade desenvolvida. Ficando sobre a responsabilidade desta ação médica e enfermeiro.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta de pessoas com hipertensão e diabetes quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento Será estabelecido um sinal de alerta nas fichas espelhos, identificando aqueles usuários com um bilhete em anexo, a ficha espelho, sobre a necessidade do usuário, sendo esta realizada desde a primeira semana da intervenção. Ficando sobre a responsabilidade desta ação médica e enfermeiro.

### **Engajamento público**

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Para o que aumentaremos a divulgação nos espaços que a equipe tenha acesso para falar sobre este direito, sendo estes realizados em escolas, igrejas, reuniões do CLS, em sala de espera, e nas atividades educativas coletivas. Os meios que serão utilizados são as palestras mensais, atividades de grupos, atendimentos de enfermeira, espaços públicos, entre outros. Ficando esta ação sob responsabilidade da enfermeira da equipe, e realizado pelos integrantes da equipe multiprofissional.

### **Qualificação da prática clínica:**

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensas e diabéticas.

Detalhamento: Será realizada planejando com SMS, através dos gestores para que uma vez por mês participem das atividades de educação permanente em nossa UBS com a participação de todos os ACS e membros da equipe, o responsável pelo cumprimento desta atividade será o enfermeiro, os meios que utilizaremos será o computador e televisão e as conversas, reuniões realizadas sobre o processo de trabalho.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Utilizaremos a bibliografia disponível pelo MS e prepararemos com o apoio da SMS, aulas para serem replicadas na UBS com a participação de todos os membros da equipe. O responsável pelo o cumprimento serão o médico e a enfermeira. Os meios utilizados para a educação permanente serão computador, livros, televisão, conversas, reuniões de equipe, sobre o processo de trabalho. etc.

**OBJETIVO 5:** Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

### **Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Será realizada verificando mensalmente as fichas espelhos a necessidade do monitoramento, determinando nesta o período que deverá ser realizado a ação, ficando sobre a responsabilidade desta ação médica e enfermeiro.

### **Organização e gestão dos serviços**

Ação: Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas como de alto risco.

Detalhamento: Será feita verificando mensalmente esta necessidade nas fichas espelhos e prontuários, sinalizando esta necessidade da ficha, ficando sobre a responsabilidade desta ação médica e enfermeiro da unidade de serviço.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Esta ação será da responsabilidade desta ação médica e enfermeiro.

### **Engajamento público**

Ação: Orientar os usuários hipertensos e diabéticos, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Serão realizadas mensalmente por meio de palestras, visitas domiciliares, consultas médicas, atividades de grupo. Será responsável a enfermeira da unidade e desenvolvido por toda a equipe de saúde.

Ação: Esclarecer as pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Mensalmente por meio de palestras, visitas domiciliares, consultas médicas, atividades de grupo, será orientada e esclarecida à comunidade sobre a importância desta. Sendo responsável a médica e desenvolvida por toda a equipe de saúde.

### **Qualificação da prática clínica**

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

Detalhamento: Será realizada nas atividades educativas permanente, desenvolvidas em reuniões de equipe onde colocaremos como ponto da reunião e convidaremos a membros da comunidade e usuários com alto risco para que participem da capacitação e atualização. Estas reuniões serão todas as sextas-feiras à tarde, na UBS e o responsável da atividade será o médico. Os meios que serão utilizados são: livros, computador, rodas de conversas, palestras, entre outros.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Será realizada nas reuniões desenvolvidas pela equipe realizadas todas as sextas-feiras à tarde, será alertado sobre a importância dos

registros adequados na UBS e o responsável da atividade será o enfermeiro. Os meios que serão utilizados são: livros, computador, entre outros.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Utilizaremos também à reunião semanal da equipe que se desenvolve todas as sextas-feiras, onde convidaremos os especialistas do NASF para que uma vez no mês, dissertem neste tema. O responsável pelo cumprimento é o médico da equipe que garantirá ademais os meios eletrônicos necessários para a atividade.

**OBJETIVO 6:** Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

### **Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Verificaremos quinzenalmente nas fichas espelhos a ou não necessidade de atendimento. Sendo responsável por esta ação a enfermeira da unidade, desenvolvida em conjunto com os técnicos de enfermagem.

### **Organização e gestão dos serviços**

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Mensalmente serão desenvolvidas ações que proporcionem sensibilizar e orientar a comunidade sobre sua alimentação, nas atividades educativas coletivas contando com a participação da nutricionista, também este assunto será abordado em conversado nas VD, em consultas médicas. Sendo responsável por esta ação a médica e desenvolvida pela equipe técnica da unidade de serviço.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Será conversado com gestor inicialmente sobre a necessidade e importância de estabelecer parcerias e envolver outros profissionais na atividade

desenvolvida, contando com a participação da nutricionista da unidade. Ficando sobre a responsabilidade desta ação o enfermeiro.

### **Engajamento público**

Ação: Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento: Mensalmente será orientada e sensibilizada a comunidade por meio de palestras, em visitas domiciliares, consultas médicas, atividades de grupo. Sendo responsável por esta ação a enfermeira, e desenvolvida pela equipe técnica da unidade de serviço.

### **Qualificação da prática clínica**

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.

Detalhamento: Utilizando as reuniões de equipe que se realizam semanalmente e convidaremos os especialistas do NASF para que uma vez por mês dissertem neste tema, os responsáveis pelo cumprimento são o médico e enfermeiro da equipe, contando também com a colaboração dos profissionais do NASF.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Utilizaremos as reuniões de equipe que se realizam semanalmente e convidaremos os especialistas do NASF para que dissertem neste tema, os responsáveis pelo cumprimento são o médico e enfermeiro da equipe.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

### **Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Mensalmente será verificado nas fichas espelhos esta ação, sinalizando a necessidade desta se for o caso. Sendo responsável pela ação a médica e enfermeira da unidade.

#### Organização e gestão dos serviços

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividades física.

Detalhamento: Juntamente com a equipe de saúde e gestor municipal, serão organizadas atividades mensais com educador físico, estimulando a participação da comunidade, nas visitas domiciliares, consultas médicas, atividades de grupo. Sendo responsável pela ação a médica e a educadora física da unidade de serviço.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Será conversado com o gestor no início da intervenção sobre a importância das parcerias e o envolvimento de outros profissionais nas ações desenvolvidas, para o sucesso da intervenção realizada. Ficando sobre a responsabilidade desta ação do médico da unidade de serviço.

#### **Engajamento público**

Ação: Orientar pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Será desenvolvida esta ação por meio de palestras, nas visitas domiciliares, consultas médicas, atividades educativas coletivas. Sendo responsável o médico e a educadora física e desenvolvida pela equipe técnica da unidade de serviço.

#### **Qualificação da prática clínica:**

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Será feito utilizando as reuniões de equipe que se realizam semanalmente e convidaremos os especialistas do NASF para que dissertem neste tema, os responsáveis pelo cumprimento são o médico e a educadora física da equipe de saúde.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Utilizando as reuniões de equipe que se realizam semanalmente e convidaremos os especialistas do NASF para que dissertem neste tema, os responsáveis pelo cumprimento é o médico, a educadora física e enfermeiro da equipe.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

### **Monitoramento e avaliação:**

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Mensalmente será verificada nas fichas espelhos esta ação, sinalizando a necessidade desta se for o caso da realização do mesmo. Sendo responsável pela ação a médica e enfermeira da unidade.

### **Organização e gestão dos serviços**

Ação: Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: Será conversado inicialmente com gestor público sobre a importância e a necessidade da adesão ao programa. Ficando sobre a responsabilidade desta ação o médico.

### **Engajamento público**

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Mensalmente por meio de atividades educativas coletivas e também nas visitas domiciliares, consultas médicas, procedimentos realizados, cartazes ilustrativos, será sensibilizado e orientado o usuários sobre a existência deste programa. Sendo responsável por esta ação a médica e desenvolvida pela equipe técnica da unidade de serviço.

**Qualificação da prática clínica**

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

Detalhamento: Utilizando as reuniões de equipe que se realizam semanalmente e convidaremos os especialistas do NASF para que dissertem neste tema, os responsáveis pelo cumprimento são o médico e enfermeiro da equipe.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Utilizando as reuniões de equipe que se realizam semanalmente e convidaremos os especialistas do NASF para que dissertem neste tema, os responsáveis pelo cumprimento são o médico e enfermeiro da equipe.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

**Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Mensalmente será verificada nas fichas espelhos esta ação, sinalizando a necessidade desta se for o caso da realização do mesmo. Sendo responsável pela ação a médica, equipe de odontologia e a enfermeira da unidade.

**Organização e gestão dos serviços**

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Será conversado com a equipe de saúde bucal sobre a necessidade de tempo médio para cada atendimento. Verificando a necessidade de outros profissionais e ou locais de atendimento caso seja necessário para atender a demanda da unidade. Será responsável a médica e enfermeiro, juntamente com a equipe de saúde bucal.

**Engajamento público**



**Ação:** Orientar as pessoas com hipertensão, diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:** Mensalmente por meio de atividades educativas coletivas e também nas visitas domiciliares, consultas médicas, procedimentos realizados, cartazes ilustrativos, será sensibilizado e orientado o usuários sobre a existência deste programa. Sendo responsável por esta ação a médica e equipe de saúde bucal e desenvolvida pela equipe técnica da unidade de serviço.

### **Qualificação da prática clínica:**

**Ação:** Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:** Utilizando as reuniões de equipe que se realizam semanalmente, os responsáveis pelo cumprimento é a equipe de saúde bucal.

## **2.3.2 Indicadores**

**OBJETIVO 1:** Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

**Meta 1.1.** Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador:** Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Numerador:** Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

**Meta 1.2.** Cadastrar 55% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador:** Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Numerador:** Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão arterial.

Indicador: 2.1. Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: 2.2. Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador: 2.3. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador: 2.4. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: 2.5. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador: 2.6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador: 2.7. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador: 2.8. Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: 2.9. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: 3.1. Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: 3.2. Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador: 4.1. Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: 4.2. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador: 5.1. Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e às pessoas com diabetes Mellitus.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: 5.2. Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador: 6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: 6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador: 6.3. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: 6.4. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador: 6.5. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: 6.6. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador: 6.7. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: 6.8. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção na atenção a saúde dos hipertensos e diabéticos, vamos adotar os Cadernos de Atenção Básica número 36 e 37 do Ministério da Saúde (2012). Utilizaremos a planilha de coletas de dados e a ficha espelho disponibilizadas pelo curso. O número estimado de hipertensos é de 477 e de diabéticos 118 segundo a PCD. Estimamos alcançar com a intervenção 87 (55%) diabéticos e 333 (60%) hipertensos.

Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 595 fichas espelho para hipertenso e diabéticos que serão preenchidas durante a consulta dos usuários pelo médico e enfermeira da UBS, além de utilizar o prontuário individual como forma de organizar o trabalho, também precisaremos uma ficha complementar a respeito da saúde bucal que será anexada a ficha espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso, onde consolidaremos as informações coletadas pela



enfermeira e médica ao final de cada semana para o acompanhamento mensal dos hipertensos e diabéticos atendidos.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre os cadernos de atenção básica do MS, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe, sendo esta divisão determinada na primeira reunião, esta atividade ocorrerá ao longo de toda a intervenção mantendo o espaço para esclarecer dúvidas relativas à intervenção desenvolvida, se capacitará toda a equipe para a realização de exame clínico apropriado incluindo dos pés; para solicitação de exames complementares; no tratamento da hipertensão e diabetes; para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e diabetes, entre outras.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado por todos os profissionais da UBS, onde após conversa e verificação de suas queixas, serão encaminhados para consulta clínica com a enfermeira e/ou médica da unidade, usuários novos serão atendidas no mesmo turno para ampliar a captação destes, assim como os usuários com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências nestas doenças, os que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias, e já sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Serão realizadas palestras semanais pelos profissionais da equipe multiprofissional, sendo os temas definidos em reunião de equipe, onde será

elaborado um cronograma específico, estas serão feitas em sala de espera, de preferência nos dias de consulta, temas como: risco cardiovascular, nutrição, saúde bucal, atividade física, para assim incentivar os nossos usuários a frequentarem a unidade e sentirem acolhidos nela. Os materiais necessários serão elaborados pela equipe e impressos na secretaria de saúde do município.

Para sensibilizar a comunidade faremos contato com a associação de moradores da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo à importância da realização da atenção a saúde dos hipertensos e diabéticos. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação destes e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional, assim como convidá-los a participarem das atividades educativas coletivas, que serão realizadas mensalmente.

Em relação à saúde bucal, será solicitado a todos os profissionais da equipe a participar ativamente das ações, desenvolvendo ações como: os ACS nas visitas domiciliares farão promoção de saúde bucal, trazendo a relação de quantos usuários participaram nestas atividades de promoção e educação de saúde e quantos necessitam de atendimento, e assim planejar como vai ser feito a avaliação com o médico dentista que agendará as consultas de acordo as necessidades das pessoas hipertensas e diabéticas, reservando consultas para este grupo em especial, o médico dentista realizará visitas domiciliares aos usuários que tenham alguma dificuldade para ir até a UBS e ser avaliado. Na reunião da equipe semanalmente se consolidaram todas as informações coletadas e se analisaram as necessidades em saúde bucal dos usuários hipertensos e diabéticos.

Para monitoramento da ação programática semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho dos hipertensos e diabéticos identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. O ACS fará busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos em atraso, estima-se oitos por semana totalizando 32 por mês. Ao fazer a busca já agendará os usuários a consulta clínica para um horário de sua conveniência.

Semanalmente na reunião da equipe discutiremos o cronograma das atividades e se realizará uma comparação das atividades planejadas e executadas, isto possibilitará o controle da intervenção e também ao final de cada semana as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica, sendo realizada ao final de cada mês a monitorização da intervenção.

Também solicitaremos aos gestores esfigmomanômetros para os ACS e fitas para glicoteste conforme a necessidade mensal.





### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Durante as 12 semanas em que foi desenvolvida a intervenção cadastramos um total de 103 (87,3%) usuários diabéticos e 287 (60,2%) hipertensos. As ações foram desenvolvidas segundo o cronograma, formando parte do dia a dia na UBS, iniciamos com a reunião da equipe de saúde onde informamos que daríamos começo a nossa intervenção que tem como importância ampliar a cobertura de pessoas que possuem hipertensão e diabetes, melhorar a qualidade da atenção a estes usuários; sendo que estabelecemos a função de cada membro da equipe e posteriormente houve a capacitação de todos os profissionais sobre os Cadernos de Atenção Básica do MS Caderno de Atenção Básica nº 37 Hipertensão Arterial, Caderno Atenção Básica nº 36 de Diabetes Mellitus (2013). As capacitações foram realizadas durante toda a intervenção, nas quartas e sextas-feiras durante uma hora ao final do expediente, juntamente neste horário realizávamos também a reunião da equipe de saúde onde avaliamos e planejamos as ações.

As capacitações foram realizadas basicamente pela médica, enfermeiro, odontólogo, nutricionista e educadora física.

O enfermeiro e a médica realizaram contato com o gestor municipal que prontamente aceitou ajudar e disponibilizou os recursos necessários para a intervenção, como material adequado para verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste na UBS.

Para o monitoramento da ação programática a técnica de enfermagem junto com os ACS semanalmente preenche e examina as fichas espelhos dos usuários identificando aquelas que estão com consulta, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. O agente comunitário de saúde faz busca ativa de todos os

hipertensos e diabéticos em atraso, ao fazer a busca já agenda os usuários a consulta clínica para um horário de sua conveniência.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que chegam a nosso serviço é realizado por todos os profissionais da UBS, onde após conversa e verificação de suas queixas, são encaminhados para consulta clínica onde é realizado exame clínico apropriado incluindo exame dos pés aos diabéticos, solicitação de exames complementares, classificação de risco cardiovascular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, encaminhando a consulta de odontologia e nutricionista se necessário e para outras especialidades de acordo com os riscos, e também realizamos ações educativas sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, risco de tabagismo e álcool, higiene bucal entre outras.

Em quanto à saúde bucal, se realizou exame bucal a todos os usuários hipertensos e diabéticos, recebendo as orientações de cuidado e higiene bucal nas consultas e palestras educativas realizadas nas reuniões de grupos. Os exames foram realizados durante as consultas da médica e enfermeiro e se encaminhava para consulta com odontologista nas sextas feiras pela manhã.

Na escala de atendimento temos a consulta de usuários hipertensos e diabéticos nas quintas feiras, ao início da intervenção foi só em um turno, mas depois tivemos que incrementá-lo aos dois turnos, mas todos os dias da semana são realizados atendimentos a este grupo da população que não puderam ser atendidos na quinta feira por qualquer motivo; contamos com o envolvimento de toda a equipe de saúde para que os cadastros e atendimentos destas pessoas fluam de forma que não afetam as demais atividades da equipe, sendo assim esta ação está sendo incorporada a rotina do serviço como algo normal.

Realizamos atividades educativas com os grupos de hipertensos e diabéticos, onde se deram palestras sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, risco de tabagismo e álcool e orientações quanto a higiene bucal; por parte dos integrantes da equipe de saúde, nas quintas feiras e se esclarecem as dúvidas dos usuários e depois compartilhem um café da manhã fornecido por nossa equipe, a secretaria de saúde e também por alguns usuários que contribuíam e preparado pelas recepcionistas e ACS.

Fizemos contato com o pastor de uma das igrejas da nossa área para ele auxiliar na divulgação da intervenção, sendo que ele ficou muito entusiasmado e comovido com a nossa ação, dessa forma nos ajudou e colaborou com a divulgação

da importância da realização da atenção da saúde das pessoas que possuem hipertensão e diabetes nos ajudando a ampliar a cobertura destes, e também de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Algumas palestras educativas eram realizadas pela técnica de enfermagem e ACS, na sala de espera, alternando cada um tema por semana como: risco cardiovascular, nutrição, saúde bucal, atividade física, etc; com uma excelente aceitação por parte de todos os usuários; estas atividades educativas não tinham apenas como foco os usuários hipertensos e diabéticos, mas também as gestantes, mães de crianças, saúde da mulher e do homem entre outros.

A medida que a intervenção foi se desenvolvendo aumentou o número de pessoas que possuem hipertensão e diabetes cadastradas, devido ao cumprimento das ações como, capacitação da equipe com a melhora de nossos conhecimentos, assim todos os usuários maiores de 20 anos que chegam a nossa Unidade Básica de Saúde, é verificada a pressão arterial e também nas visitas domiciliares.

No início da intervenção apresentamos muitas dificuldades em relação aos medicamentos para pessoas hipertensas e diabéticas na UBS, pois as quantidades eram insuficientes, atualmente isto já foi melhorado consideravelmente devido a intervenção dos gestores que resolveram grande parte do problema; mas isto não foi nenhum obstáculo, pois nossos usuários fizeram seu tratamento direitinho já que temos as farmácias populares onde sempre contamos com a existência destes medicamentos.

Ainda temos usuários que não tem os exames complementares em dia segundo o protocolo, mas é porque não trazerem os resultados, ao início faltaram reagentes para realizar exames de laboratório, mas os gestores resolveram este problema; mas a pesar de que estes usuários são priorizados existe uma alta demanda de exames complementares em nosso município. E, ainda estamos trabalhando para que todos tenham seus exames em dia

Também durante a intervenção foram incorporados novos ACS na equipe para melhorar a qualidade do trabalho, mas ainda estamos com falta de um.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Ainda não ficou resolvido a realização de exames complementares de hemoglobina glicosada e microalbuminúria e proteína de 24 horas, pois o secretário



refere que já está providenciando recursos e espera que em pouco tempo já comece sua realização. Esta foi a única ação que foi prevista e não desenvolvida.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Não tivemos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores. O preenchimento das fichas espelho foi realizada pela técnica de enfermagem e ACS e da planilha de coleta de dados pela médica. A técnica de enfermagem semanalmente examina as planilhas para fazer busca ativa de todos os usuários em atrasos.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Continuamos realizando o acolhimento e atendimento aos usuários que possuem hipertensão e diabetes, dando cumprimento a todas as ações segundo o cronograma, com todas as atividades como as capacitações de todos os integrantes da equipe, exame clínico de pessoas com HAS e DM de acordo o protocolo, revisão dos prontuários de usuário hipertensos e diabéticos, cadastramento destas pessoas, busca ativa dos faltosos a consulta mediante as visitas domiciliares.

Continuamos realizando as atividades educativas coletivas de promoção de saúde para a comunidade, usuários hipertensos e diabéticos, para assim ter uma população ainda mais informada sobre sua doença e a importância que tem fazer mudanças em hábitos alimentares e o estilo de vida, sua adesão ao tratamento, e melhora a qualidade de vida. Também continuamos as consultas com a nutricionista, fisioterapeuta, equipe de odontologia e as atividades físicas com a educadora física.

Os usuários continuam sendo encaminhados para os especialistas segundo necessidade.

Continuamos informando no acolhimento dos usuários na UBS, na sala de espera, as consultas e durante as visitas domiciliares sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e/ou DM na UBS.

Sendo que ao final das 12 semanas da intervenção ainda estamos cadastrando novos usuários com diabetes e hipertensão cumprindo com o atendimento sistemático e com qualidade. Ainda percebo que a equipe de saúde se

mantem envolvida na intervenção e continuamos trabalhando unidos para melhora do nosso serviço.

Eu fico muito emocionada e feliz observando como toda a equipe esteve envolvida e entusiasmada durante a intervenção, nestas 12 semanas, sendo que atualmente todos estão mais responsáveis e os usuários estão mais satisfeitos e agradecidos pelo atendimento.



Figura 1: Reunião semanal da equipe de saúde.



Figura 2: Atendimento médico.



Figura 3: Atividade de educação em saúde na sala de espera.



Figura 4: Visita domiciliar

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção teve como objetivo melhorar a atenção aos hipertensos ou/e diabéticos na UBS Lenny Passos Ramos do Bairro Itamaraty. A população da área adstrita é de 3.134 usuários sendo que a estimativa segundo a PCD para a população acima 20 anos de 2.099 pessoas, sendo que 477 devem possuir hipertensão e 118 diabetes. Nossa meta era ampliar a cobertura de hipertensos cadastrando 60% desses usuários e 55% dos que possuíam DM. Após a realização da intervenção tivemos uma cobertura de 87,3% (287) de pessoas com hipertensão e 60,2% (103) de pessoas com diabetes.

**OBJETIVO 1:** Ampliar a cobertura de pessoas hipertensas e diabéticas.

**Meta 1.1.** Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador:** Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

A Figura 5 mostra que no primeiro mês da intervenção foram cadastrados 69 (14,5%) pessoas com hipertensão, no segundo mês 189 (39,6%) e no terceiro mês 287 (60,2%). Dessa forma conseguimos atingir a meta estabelecida inicialmente ampliando a cobertura.

Para que conseguíssemos alcançar este indicador foram realizadas capacitações de toda a equipe de saúde, garantimos material adequado desde o início da intervenção, informamos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão, sobre a importância de

medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e com a melhora do acolhimento para os usuários com HAS.

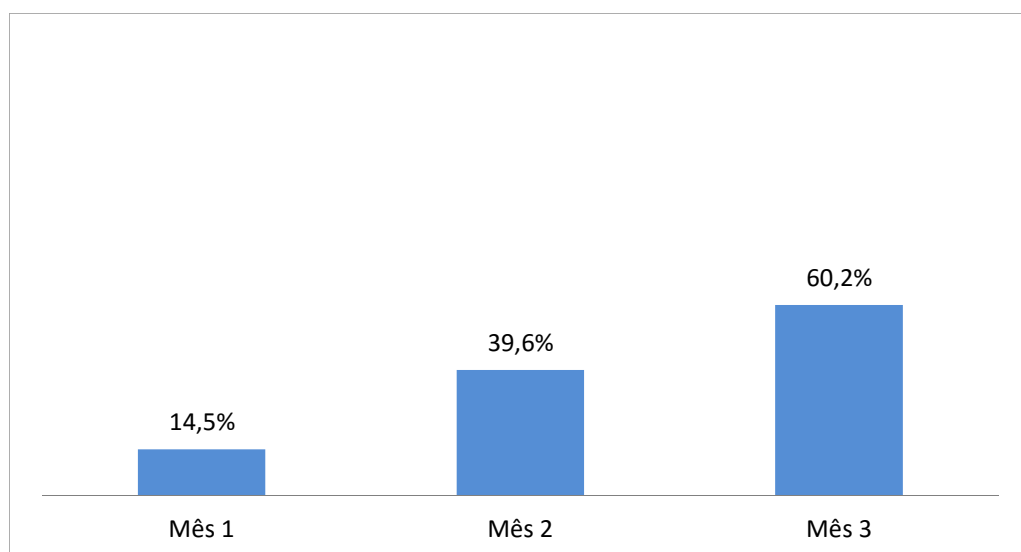


Figura 5: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Lenny Passos Ramos, Coari/AM.

Meta 1.2. Cadastrar 55% das pessoas com diabetes mellitus no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

A Figura 6 mostra que no primeiro mês da intervenção foram cadastrados 32 (27,1%) pessoas com diabetes mellitus, no segundo mês 80 (67,8%) e no terceiro mês 103 (87,3%) foram cadastrados. Pode-se observar que aqui também conseguimos superar nossa meta.

Para alcançar este indicador foram realizadas capacitações de toda a equipe de saúde; desde o início da intervenção garantindo material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS, informamos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus e melhoramos o acolhimento para os usuários com DM.

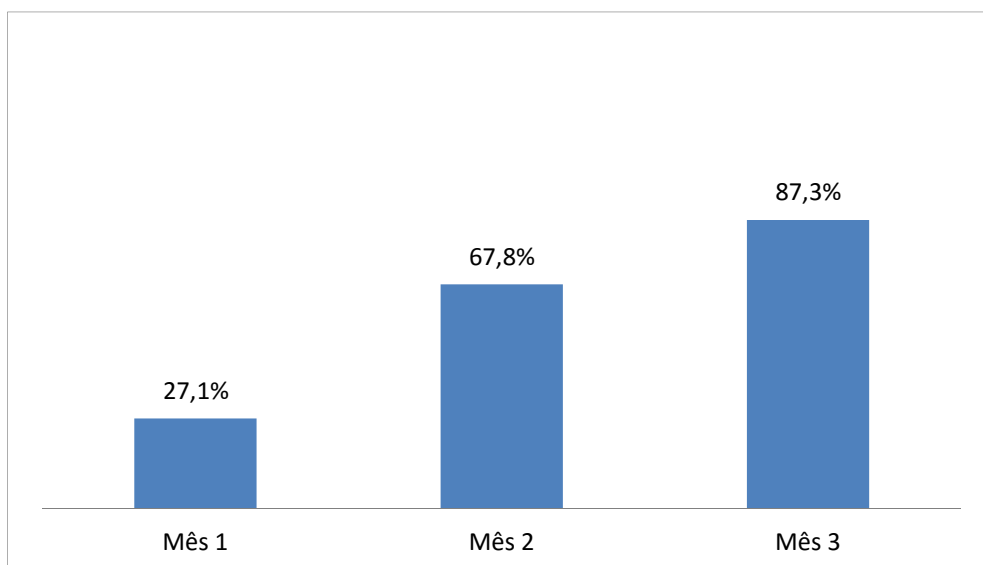


Figura 6: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde UBS Lenny Passos Ramos, Coari/AM.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão arterial.

Indicador: 2.1. Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Se realizou exame clínico apropriado aos 287 (100%) dos usuários com hipertensão, sendo realizado pela médica e enfermeiro durante as consultas e visitas domiciliares.

Dessa forma no primeiro mês foram realizados 69 (100%) exames clínicos, já no segundo mês 189 (100%), e no terceiro mês 287 (100%) cadastrados estavam com exame clínico e dia.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: 2.2. Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Também foi realizado exame clínico apropriado aos 103 (100%) usuários diabéticos cadastrados, sendo feitos pela médica e enfermeiro durante as consultas e visitas domiciliares.

Sendo assim, realizamos exame clínico apropriado em 32 (100%) cadastrados no primeiro mês, 80 (100%) no segundo mês e 103 (100%) pessoas com diabetes no terceiro mês.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes mellitus.

Indicador: 2.3. Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Realizamos exame dos pés em 32 (100%) pessoas com diabetes cadastradas no primeiro mês, 80 (100%) no segundo mês e 103 (100%) pessoas com diabetes no terceiro mês.

A avaliação de palpação dos pulsos tibial posterior e medida da sensibilidade foi realizada pela médica e enfermeiro durante as consultas que aconteciam na UBS e visita domiciliar.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador: 2.4. Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

A Figura 7 mostra que quanto ao número de pessoas com hipertensão com exames complementares periódicos em dia temos que no primeiro mês da intervenção 66 (95,7%) usuários cadastrados tiveram seus exames realizados, no segundo mês 179 (94,7%) e no terceiro mês tivemos um total de 286 (99,7%) pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Não conseguimos alcançar 100% conforme esperado, pois faltou um usuário retornar os resultados dos exames complementares antes que terminasse a intervenção, sendo que atualmente já estamos com estes cadastrados com os exames complementares em dia segundo o protocolo.

As dificuldades que apresentamos para que não chegássemos a meta estipulada foi porque a demanda para a realização dos exames complementares em nosso município é muito alta.

Os motivos para o bom resultado do indicador foram que se indicaram os exames desde a primeira semana a todos os usuários hipertensos, e garantimos com o gestor municipal agilidade para a realização destes, orientamos as pessoas

com hipertensão e a comunidade quanto à necessidade e periodicidade com que devem ser realizados por meio de palestra e atividades de grupos.

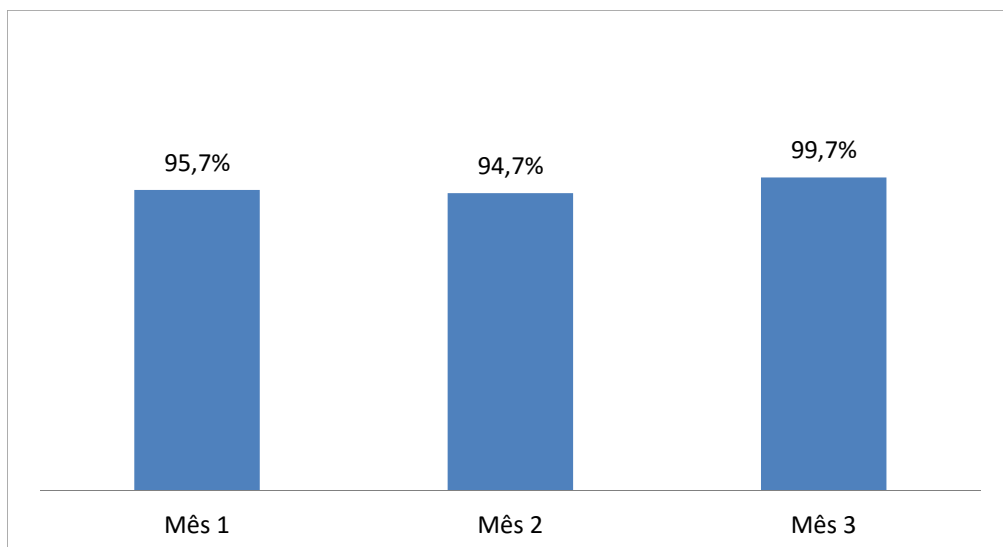


Figura 7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Lenny Passos Ramos, Coari/AM.

**Meta 2.5.** Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador: 2.5.** Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

A Figura 8 mostra que no primeiro mês da intervenção contamos com 30 (93,8%) usuários diabéticos com exames complementares periódicos em dia, no segundo mês com 80 (100%) e no terceiro mês com 102 (99%).

Igualmente não chegamos a 100% do previsto porque faltou uma pessoa diabética por trazer os resultados dos exames complementares antes de fecharmos a PCD, atualmente todos os cadastrados nas 12 semanas de intervenção que possuem diabetes têm os exames complementares em dia segundo o protocolo. As dificuldades que apresentamos para que não chegássemos ao esperado foi porque a demanda para a realização dos exames complementares em nosso município é muito grande.

Os motivos para o bom resultado do indicador foram que se indicaram os exames complementares a todos os usuários diabéticos, garantimos com o gestor municipal agilidade para a realização destes, orientamos as pessoas com diabetes mellitus e a comunidade quanto à necessidade e periodicidade com que devem ser



realizados estes exames, por meio de palestra e atividades de grupos, isto aconteceu desde a primeira semana da intervenção.

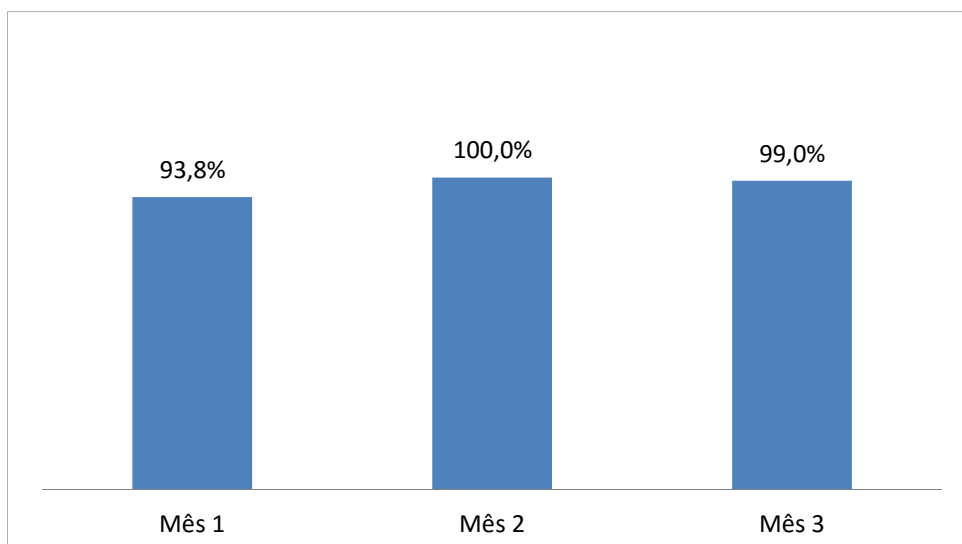


Figura 8: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Lenny Passos Ramos, Coari/AM.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador: 2.6. Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Os 287 (100%) usuários hipertensos cadastrados de nossa comunidade têm prescritos os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Dessa forma no primeiro mês 69 (100%) pessoas com hipertensão tinham prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, já no segundo mês 189 (100%), e no terceiro mês 287 (100%).

As facilidades para se alcançar este indicador foram que mantemos um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão cadastrados na UBS, verificando estes nas fichas espelhos, realizamos controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, orientação as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, capacitação da equipe de saúde para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador: 2.7. Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Em quanto ao número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia temos aos 103 (100%) usuários com prescrição em dia. Sendo assim, 32 (100%) das pessoas com diabetes cadastrados tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia no primeiro mês, 80 (100%) no segundo mês e 103 (100%) pessoas com diabetes no terceiro mês.

As facilidades para se alcançar este indicador foram as mesmas mencionadas acima como: registro das necessidades de medicamentos, controle de estoque e validade dos medicamentos, orientação dos usuários quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos, capacitação da equipe de saúde para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso aos medicamentos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador: 2.8. Número de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Este indicador também foi cumprido integralmente sendo que 287 (100%) usuários hipertensos tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Dessa forma no primeiro mês foram realizadas 69 (100%) avaliações de necessidade de atendimento odontológico, já no segundo mês 189 (100%), e no terceiro mês 287 (100%) cadastrados estavam com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

As facilidades para se alcançar este indicador foram orientação aos hipertensos sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, capacitação da equipe de saúde para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas hipertensas, também organizamos a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica das pessoas hipertensas provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: 2.9. Número de pessoas diabéticas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

As 103 (100%) pessoas com diabetes tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Sendo que, realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 32 (100%) cadastradas no primeiro mês, 80 (100%) no segundo mês e 103 (100%) pessoas com diabetes no terceiro mês.

As facilidades para se alcançar este indicador foram orientação aos diabéticos sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, capacitação da equipe de saúde para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com diabetes, organização da agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica das pessoas com diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: 3.1. Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

A Figura 9 mostra que durante a intervenção tivemos um total de 20 pessoas hipertensas faltosas às consultas, sendo que 100% receberam a busca ativa, sendo que no primeiro mês não tivemos nenhum faltante, no segundo mês 16 faltaram e todos (100%) receberam busca ativa e no terceiro mês tivemos 20 faltantes e todos com busca ativa.

As facilidades para se alcançar este indicador foram visitas domiciliares para buscar os hipertensos faltosos, exame das fichas espelhos dos usuários hipertensos identificando aqueles que estão com consulta em atraso, agendamos o controle das pessoas hipertensas provenientes das buscas domiciliares; informamos a comunidade sobre a importância de realização das consultas aos hipertensos, capacitamos os ACS para orientar as pessoas com hipertensão quanto a importância de realizar as consultas e sua periodicidade.

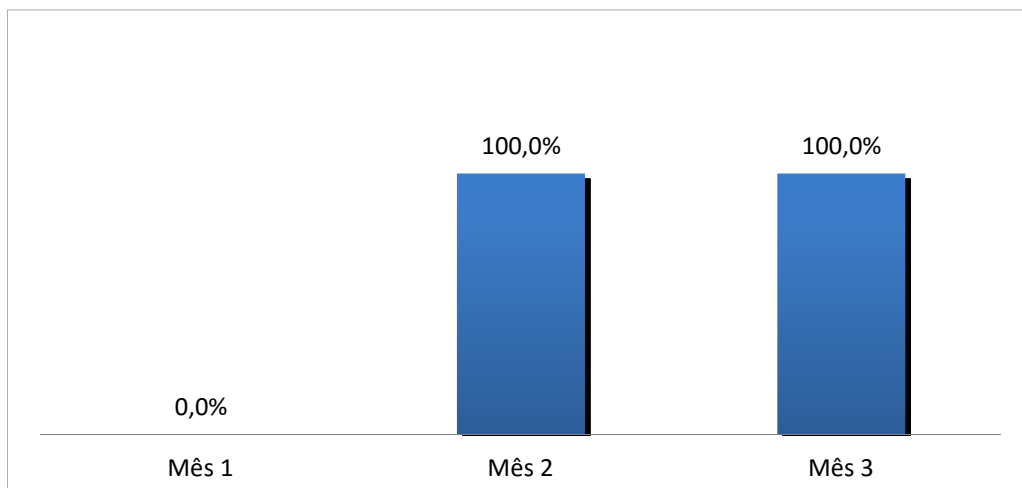


Figura 9: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa na UBS Lenny Passos Ramos, Coari/AM.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: 3.2. Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Tivemos um total de nove pessoas diabéticas faltosas às consultas sendo que todas (100%) receberam busca ativa. No primeiro mês da intervenção tivemos um faltoso com busca ativa, no segundo mês foram sete (100%) e no terceiro mês foram 9 usuários que faltaram as consultas e receberam busca ativa.

As facilidades para se alcançar este indicador foram os mesmos descritos anteriormente como, as visitas domiciliares, verificação das fichas espelhos, informação da comunidade sobre a importância de realização das consultas aos diabéticos; capacitação dos ACS para a realização da busca ativa.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador: 4.1. Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

As 287(100%) pessoas com hipertensão tem registro adequado na ficha de atendimento. Ou seja, no primeiro mês 69 (100%) estavam com registro adequado, no segundo mês 189 (100%), e no terceiro mês 287 (100%) cadastrados estavam com registro adequado.

As facilidades para se alcançar este indicador foram que se implantou a ficha de acompanhamento de pessoas com hipertensão desde a primeira semana, capacitamos à equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas hipertensas.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: 4.2. Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Os 103 (100%) usuários com diabetes tem registro adequado na ficha de atendimento. Sendo assim, 32 (100%) cadastrados no primeiro mês estavam com registro adequado, 80 (100%) no segundo mês e 103 (100%) no terceiro mês.

As facilidades para se alcançar este indicador foram que se implantou a ficha de acompanhamento de pessoas com diabetes desde a primeira semana; capacitamos à equipe no preenchimento de todos os registros necessários.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador: 5.1. Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

No primeiro mês foram realizados em 69 (100%) cadastrados a estratificação do risco cardiovascular, no segundo mês 189 (100%), e no terceiro mês 287 (100%) cadastrados estavam com estratificação do risco cardiovascular.

As facilidades para se alcançar este indicador foram a capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: 5.2. Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Sendo assim, realizamos estratificação do risco cardiovascular em 32 (100%) cadastrados no primeiro mês, 80 (100%) no segundo mês e 103 (100%) pessoas com diabetes no terceiro mês.

As facilidades para se alcançar este indicador foram a capacitação da equipe para realizar avaliação, realização do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador: 6.1. Número de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Foram realizadas orientações a 69 (100%) cadastrados no primeiro mês, já no segundo mês 189 (100%), e no terceiro mês 287 (100%) cadastrados receberam orientação nutricional.

As facilidades para se alcançar este indicador foram que contamos com uma nutricionista em nossa UBS, realizamos diferentes atividades educativas sobre a importância da alimentação saudável e capacitamos a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador: Número de pessoas diabéticas com orientação nutricional.

Realizamos orientação nutricional em 32 (100%) cadastrados no primeiro mês, 80 (100%) no segundo mês e 103 (100%) pessoas com diabetes tiveram orientação nutricional.

As facilidades para se alcançar este indicador foi a participação da nutricionista em nossas atividades, as atividades educativas sobre a importância da alimentação saudável realizadas, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes; capacitamos a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador: 6.3. Número de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Dessa forma no primeiro mês foram realizados 69 (100%) cadastrados receberam orientação em relação à prática regular de atividade física, já no segundo mês 189 (100%), e no terceiro mês 287 (100%).

As facilidades para se alcançar este indicador foram que contamos com uma educadora física na UBS; orientamos as pessoas com hipertensão sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão; capacitamos a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: 6.4. Número de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Realizamos orientação em relação à prática regular de atividade física em 32 (100%) cadastrados no primeiro mês, 80 (100%) no segundo mês e 103 (100%) pessoas com diabetes no terceiro mês.

Da mesma forma chegamos a estes indicadores devido o apoio da educadora física que nos auxiliou durante os atendimentos e nas atividades em grupo e também auxiliou na capacitação da equipe para a realização da orientação da promoção da prática de atividade física regular.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador: 6.5. Número de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Dessa forma no primeiro mês 69 (100%) usuários cadastrados receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, já no segundo mês 189 (100%), e no terceiro mês 287 (100%) cadastrados receberam as orientações.

As facilidades para se alcançar este indicador foram que orientamos as pessoas nas consultas, visitas domiciliares e atividades em grupo. Para os tabagistas orientamos sobre a existência de tratamento para abandonar o

tabagismo. Outro aspecto importante foi a capacitação da equipe de saúde para realizar estas orientações.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: 6.6. Número de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Realizamos orientações em 32 (100%) dos cadastrados no primeiro mês, 80 (100%) no segundo mês e 103 (100%) pessoas com diabetes no terceiro mês.

Da mesma forma as orientações foram realizadas nas consultas, visitas domiciliares e atividades em grupo por todos os membros da equipe.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador: 6.7. Número de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês 69 (100%) cadastrados estavam com orientação sobre higiene bucal, já no segundo mês 189 (100%), e no terceiro mês 287 (100%).

As facilidades para se alcançar este indicador foram que orientamos as pessoas com hipertensão, sobre a importância da higiene bucal; capacitamos a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador: 6.8. Número de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Realizamos orientação sobre higiene bucal em 32 (100%) cadastrados no primeiro mês, 80 (100%) no segundo mês e 103 (100%) pessoas com diabetes no terceiro mês.

As facilidades para se alcançar este indicador foram que orientamos as pessoas diabéticas sobre a importância da higiene bucal, nas consultas, visitas domiciliares e atividades em grupo, bem como realizamos a capacitação de toda a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.



## 4.2 Discussão

A intervenção, em nossa unidade básica de saúde Lenny Passos Ramos do bairro Itamaraty, propiciou a ampliação da cobertura da atenção das pessoas hipertensas e diabéticas. Anteriormente os registros nas fichas de atendimentos estavam desatualizados, não existiam, agora melhoraram consideravelmente, todos os usuários têm registros adequados e atualizados.

Contamos com medicamentos suficientes para estas doenças tanto na farmácia da UBS como na farmácia popular, antes da intervenção eram insuficientes, existiam pessoas que tinham que comprá-los, agora não, todos os recebem de graça. Melhoramos a qualificação da atenção com destaque para ampliação do exame dos pés dos diabéticos a cada três meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade) que anteriormente se realizava a poucos deles e agora é realizado em 100% desses usuários; melhoramos a qualidade de vida dos cadastrados evitando complicações, realizando a estratificação do risco e modificando o modo e estilo de vida que antes não se realizava.

A importância de registrar em arquivos específicos as diferentes ações foi deficiência detectada em nossa equipe antes da intervenção, sendo impossível analisar indicadores de cobertura nem de qualidades das ações programática, agora temos atualizados estes arquivos e assim podemos conhecer os usuários faltosos a consultas, sem exames complementares em dia, atrasos nas vacinas, entre outras ações. Cumprimos com a qualidade e periodicidade das consultas previstas segundo o protocolo e realizamos a busca ativa dos usuários faltosos a consultas através das visitas domiciliares e realizando um novo agendamento, isto também não era feito anteriormente.

Temos atualmente exames complementares em dia de acordo com o protocolo em quase todos os diabéticos e hipertensos que antes não estavam realizados pela falta de reagentes, sendo estes tão importantes para a saúde destes usuários e assim evitar complicações.

Realizamos com destaque orientações nutricionais, em relação á prática regular de atividade física, sobre higiene bucal, os riscos de tabagismo e complicações entre outros. Neste sentido, a educação em saúde mostra-se como

uma importante ferramenta para o desenvolvimento do autocuidado dos hipertensos e diabéticos.

Além disso, a discussão em grupo e a participação ativa do próprio indivíduo nas condutas de cuidado permitiram uma aproximação entre os saberes técnicos e populares, possibilitando práticas de saúde mais resolutivas e contextuais. Sendo assim, a promoção da saúde, por meio de ações educativas, gerou auto responsabilidade, adoção de um estilo de vida saudável, redução dos fatores de risco, redução dos sintomas, considerando que as atividades desenvolvidas com o grupo de hipertensos e diabéticos teve grande relevância.

Existiam grandes dificuldades com áreas descobertas sem ACS, agora com a gestão do secretário de saúde só falta uma área, sendo isto de muita importância para nosso trabalho.

Existia um atraso importante no atendimento odontológico por déficit de material sendo assim eram realizadas poucas consultas em nossa UBS, durante a intervenção realizamos avaliação da necessidade de atenção odontológica a todas as pessoas hipertensas e diabéticas e agendamento de consulta conforme necessidade.

Existe uma participação ativa nas capacitações da equipe de saúde e nas atividades desenvolvidas, cada integrante realizou sua função, aumentando com mais qualidade o número dos atendimentos, assim como todos os processos desenvolvidos em nosso serviço. Outro aspecto fundamental para o sucesso da intervenção foram as capacitações dos profissionais buscando sensibiliza-los para a importância do trabalho. Agora nossa equipe de saúde se encontra mais unida, envolvida, motivada, sensibilizada e entusiasta no trabalho, todos estamos muito felizes com os sucessos da intervenção.

A intervenção é de muita importância para a equipe já que exigiu sua capacitação para seguir as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes e assim se adquiriu conhecimento para melhorar a qualidade do atendimento a esta população.

Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, do enfermeiro, da técnica de enfermagem, dos ACS e da recepção; desde na primeira semana da intervenção foi distribuída a função de cada integrante da equipe, sendo a técnica de enfermagem junto com os ACS quem semanalmente preenchia e examinava as

fichas espelhos dos usuários, também eles fazem a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos a consulta; todos os membros da equipe trabalham muito mais unidos e entusiastas, visualizando a importância de sua função e também do resto dos integrantes, traindo como consequência que temos mais vínculo com a comunidade e a sua vez melhoramos a atenção com mais qualidade dos usuários.

Tudo isso acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, como, por exemplo, em outras consultas como pré-natal, puericultura e puérperas.

A intervenção tem uma grande importância para o serviço pois anteriormente as atividades de atenção a hipertensos e diabéticos eram concentradas na médica, agora é tarefa da toda equipe. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção com qualidade á um maior número de pessoas.

A melhoria do registro e o agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de riscos dos hipertensos e diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos e assim prevenir e diminuir as complicações cerebrovasculares, cardiovasculares, oculares e renais.

Considero que para a comunidade foi beneficiada com a intervenção, sendo percebido seu impacto por eles, as ações desenvolvidas apresentarem grande adesão da comunidade; percebe-se que a participação da comunidade nas discussões sobre saúde contribuiu para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

Eu fico muito feliz pela grata e inolvidável experiência de trabalhar nesta comunidade junto a excelentes profissionais e pela importância que representa para mim a especialização que me ajuda a crescer profissionalmente.

As pessoas hipertensas e diabéticas demostram satisfação com a prioridade do atendimento, isto não gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade, pois eles conhecem o motivo desta priorização.

A pesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos hipertensos e diabéticos sem coberturas, mas depois das 12 semanas da intervenção temos cadastrados novos hipertensos e diabéticos, o que demonstra que a intervenção já está incorporada na rotina do serviço.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe, se desde seu início houvéssomos tendo todas as áreas de nossa UBS cobertas por ACS.

Considero que faltou termos uma maior articulação com a comunidade já desde o início do curso na época do relatório de análise situacional para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto.

Neste momento, percebo que a equipe está integrada; a intervenção está incorporada a rotina do serviço. A partir da intervenção conseguimos implementar o programa de atenção as pessoas hipertensas e diabéticas, uma grande parte das dificuldades certamente foram superadas, dialogando, planejando, conversando com a equipe, fazendo reunião semanalmente e discutindo condutas a aplicar nos usuários. Refletindo são superadas essas dificuldades e outras que certamente podem aparecer.

Para melhorar ainda mais este processo vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

Com a incorporação da intervenção na rotina do serviço pretendemos continuar ampliando a cobertura dos hipertensos e diabéticos.

Tomando como exemplo esta intervenção estamos tentando implementar o programa de pré-natal, saúde da criança e puerpério e assim melhorar a qualidade da saúde de nossa comunidade.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Caro gestor de saúde:

Eu sou a médica Niurka Pérez Mojena, atuante do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), venho por meio deste apresentar o relatório sobre como foi implementada a intervenção na Unidade Básica de Saúde Lenny Passos Ramos do bairro Itamaraty, Coari, Amazonas. Esta intervenção foi realizada como parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas.

Primeiramente realizamos uma análise referente a situação de nossa UBS nos diferentes programas desenvolvidos, identificando que existia uma lacuna na atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, uma baixa adesão, falta de registros e de atenção integral. Diante disso, o objetivou-se melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Lenny Passos Ramos do bairro Itamaraty, Coari, Amazonas.

Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Realizamos a atualização do cadastro dos hipertensos e diabéticos para a sua vez examinar os registros e fazer busca ativa; além disso, realizamos capacitação a toda a equipe sobre protocolos do MS e desenvolvimento da intervenção quanto a atenção a estes usuários como o acolhimento, busca de faltosos a consultas, orientação sobre realização de atividades físicas, nutrição, entre outras. Conseguimos engajar à comunidade no programa, explicamos os benefícios e orientamos para divulgação da intervenção com o apoio das lideranças.

Segundo a estimativa no território temos um total de 477 pessoas hipertensas e 118 diabéticas; sendo que antes da intervenção só tínhamos 189 (39,6%) de usuários com hipertensão e 55 (46,6%) com diabetes cadastrados e que não tinham atenção integral. Sendo que, ao terminar as doze semanas de intervenção conseguimos cadastrar 287 (60,2%) hipertensos e 103 (87,3%) diabéticos de nossa área de abrangência, melhorando assim a cobertura destes e, além disso, todos os cadastrados tiveram exame clínico apropriado; avaliação da necessidade de atendimento odontológico; atualização dos registros; realização de estratificação do risco cardiovascular por exame clínico; promoção de saúde com orientação nutricional, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal e também realizamos busca ativa a todos os faltosos as consultas.

Tivemos uma ação que ficou inferior ao esperado que foi a realização de exames complementares em dia já que faltou um usuário hipertenso e um diabético por retornar com os resultados dos exames complementares e já neste momento os tem, isto aconteceu devido à grande demanda que existe de pessoas para realizar exames complementares em nosso município.

É muito importante ressaltar que a equipe de saúde se sente realizada com a intervenção já que ela trouxe resultados favoráveis para a UBS reconhecendo os principais problemas que prejudicavam a atenção aos hipertensos e diabéticos, comprometendo todos os integrantes da Unidade de Saúde, gestores municipais e lideranças comunitárias.

Sendo assim a equipe esteve envolvida, entusiasmada e unida para a realização da intervenção e muito satisfeita pelas modificações positivas ocorridas nos atendimentos e assistência prestados na UBS.

Sendo assim, gostaria de agradecer intensamente o apoio e dedicação da gestão para o desenvolvimento da intervenção que propiciou melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos de nossa UBS e solicito ainda que continue este apoio para assim melhorar cada vez mais a qualidade do atendimento destas pessoas e de outros grupos populacionais, pois tomando como exemplo esta intervenção pretendemos fazê-la extensiva a outros programas como pré-natal, saúde da criança e puerpério e assim melhorar a qualidade da saúde de nossa comunidade, e para conseguir isto precisamos de sua diligencia e ajuda.

Dessa forma a intervenção está incorporada à rotina do funcionamento do serviço, e toda a equipe continua trabalhando no programa, pois todos estão conscientizados sobre sua importância.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Cara comunidade de Itamaraty:

Sou a médica Niurka Pérez Mojena, atuante do Programa Mais Médicos para Brasil e estou apresentando para vocês uma síntese sobre a intervenção que realizamos em nossa UBS Lenny Passos Ramos em Coari, Amazonas; com o objetivo de Melhorar a atenção aos usuários Hipertensos e Diabéticos de nossa área de abrangência. Sendo esta intervenção uma das atividades realizadas pelo curso da especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas do estado Rio Grande do Sul.

Primeiramente realizamos uma análise referente a situação de nossa UBS nos diferentes programas desenvolvidos, identificando que existia um déficit do número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados em nossa UBS em relação a estimativa e um insuficiente prosseguimento na atenção deles, sendo assim decidimos ampliar a cobertura das pessoas que possuem hipertensão e diabetes e melhorar a qualidade da atenção a estes usuários; para isto planejamos a realização de diferentes ações como capacitar toda a equipe sobre o acolhimento, busca de faltosos a consultas, atualização de cadastramento de todos os usuários hipertensos e diabéticos que chegam a nossa UBS, orientação sobre realização de atividades físicas, nutrição, entre outras.

Sendo assim antes da intervenção só tínhamos 189 hipertensos e 55 diabéticos cadastrados, mas sem atenção integral. Sendo que ao terminar a intervenção cadastramos 287 hipertensos e 103 diabéticos de nossa área de abrangência, e melhoramos consideravelmente a cobertura destes, além disso todos tiveram exame clínico apropriado; avaliação da necessidade de atendimento odontológico; atualização dos registros; foi realizada estratificação do risco cardiovascular por exame clínico; promoção de saúde sob orientação nutricional, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal e também



realizamos busca ativa a todos os faltosos as consultas. Tivemos uma ação que ficou inferior ao esperado que foi exames complementares em dia já que faltou um usuário hipertenso e um diabético por retornar com os resultados dos exames complementares e já neste momento os têm. Isto aconteceu devido à grande demanda que existe de pessoas para realizar exames complementares em nosso município.

Sendo assim toda nossa equipe de saúde se sente realizada com a intervenção já que ela trouxe resultados favoráveis para a UBS reconhecendo os principais problemas que prejudicavam a atenção aos hipertensos e diabéticos, comprometendo todos os integrantes da Unidade de Saúde, gestores municipais e lideranças comunitárias.

A intervenção está incorporada à rotina do funcionamento do serviço e com ajuda de vocês, comunidade, conseguiremos melhorar ainda mais a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, assim como ao resto da comunidade.

Todos ganhamos em sabedoria e experiência e toda a equipe de saúde nos comprometemos com vocês em focalizar nosso trabalho em continuar melhorando a qualidade da saúde de toda a comunidade.

Sendo assim, gostaria de agradecer a importante participação da comunidade durante a intervenção, como foi nas atividades de promoção de saúde de estas doenças, seu apoio a traves da divulgação da existência do programa de atenção a hipertensos e diabéticos na UBS, pois ela é proliferadora de informações.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Ao iniciar o curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), minhas expectativas eram aumentar meus conhecimentos sobre este tema, mas para mim foi uma grande surpresa já que obtive muito mais que isso, fortificou meus conhecimentos e a sua vez melhorou a qualidade da atenção básica da população, se convertendo em um utensílio importante e indispensável para o desenvolvimento de todas as atividades de meu trabalho, promovendo a perfeição da organização dos serviços de nossa Unidade de Saúde.

O curso teve um alto significado para minha prática profissional; graças a ele consegui focar e dar solução a problemas relevantes da população; proporcionando-me argumento de diálogo, integração e comunicação intergrupar com outros alunos e orientadores do curso e assim conhecer sobre suas vivências; permitiu-me um melhor relacionamento com a equipe e a comunidade; propicio-me realizar uma intervenção com uns dos programas com mais problemas de nossa UBS, atenção as pessoas hipertensas e diabéticas, acontecendo uma transformação no caminho que recorrer até aqui com resultados favoráveis para todos em geral, sistematização do trabalho na UBS e transmitindo-me uma visão ampla da saúde do Brasil.

Eu fico muito feliz pela grata e inolvidável experiência de participar em este curso de relevante importância, enriquecer meus conhecimentos e assim crescer profissionalmente, além disso, poder contar com o assessoramento de excelentes professores.

## Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 33, **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília-DF, 2013.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde. (Caderno de Atenção Básica, n 37), 2013.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica, n. 36), 2013.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 19, 1ª edição. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília-DF, 2013.

## Apêndices





## Anexos

### Anexo A - Ficha espelho

**FICHA ESPELHO**  
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

UFPEL  
Departamento de Medicina Social

Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Número do Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome do cuidador: \_\_\_\_\_

Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não

Tem DM? ( ) Sim ( ) Não

Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo tem HAS? \_\_\_\_ DM? \_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_

Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? ( ) Sim ( ) Não

Data da próxima consulta odontológica: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_ cm

Perímetro Braquial: \_\_\_\_ cm

**FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS**

DATA	Exames
	Glicemia de jejum
	HbA1c
	Hemoglobina glicada
	Coeficiente total
	HDL
	LDL
	Triglicerídeos
	Creatinina Sérica
	Proteína Sérica
	Proteína Sérica
	Triglicerídeos
	ECG
	Infecção urinária
	Proteína
	Corpo cetônicos
	Sedimento
	Microalbuminúria
	Presença de 2da
	TSH
	ECG
	Hemoglobina
	Hemodiluição
	Hemoglobina
	YCM
	CHCM
	Plaquetas

**MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO**

DATA	Medicamentos
	ROSOLÓGIA
	Hydrochlorothiazide 25 mg
	Captopril 25 mg
	Enalapril 5 mg
	Enalapril 10 mg
	Losartan 50 mg
	Propranolol 40
	Atorvast 20 mg
	Atorvast 40 mg
	Atorvast 80 mg
	Atorvast 10 mg
	Atorvast 5 mg
	Atorvast 10 mg
	Metformina 500 mg
	Metformina 850 mg
	Glibenclamide 5 mg
	Insulina NPH
	Insulina regular

[illegible]

**Anexo C – Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



## **Anexo D – Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_  
, Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante